



Universidad de Concepción

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA

**DESARROLLO DE HABILIDADES DE ENTREVISTA CLÍNICA A TRAVÉS DE UNA  
EXPERIENCIA DE EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA, EN  
ALUMNOS DE LA CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD  
PRIVADA DE LA REGIÓN, EN CONCEPCIÓN, SEGUNDO SEMESTRE 2019.**



**VICTORIA DEL PILAR AGUILAR FUENTEALBA**

**Tesis presentada al Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la  
Universidad de Concepción para optar al grado académico de  
Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud**

Profesor guía

**NANCY DEL CARMEN BASTÍAS VEGA**

**Marzo 2020  
Concepción · Chile**



© 2020 VICTORIA DEL PILAR AGUILAR FUENTEALBA

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO  
**EDUCACIÓN  
MÉDICA**  
Universidad de Concepción

**DESARROLLO DE HABILIDADES DE ENTREVISTA CLÍNICA A TRAVÉS DE UNA EXPERIENCIA  
DE EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA, EN ALUMNOS DE LA CARRERA DE  
FONOAUDIOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LA REGIÓN, EN CONCEPCIÓN,  
SEGUNDO SEMESTRE 2019.**

Por

**VICTORIA DEL PILAR AGUILAR FUENTEALBA**

Profesor guía

**NANCY DEL CARMEN BASTÍAS VEGA**

Magíster en Educación Médica para Ciencias de la Salud

Firma: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_ , \_\_

Co Guía

**CRISTHIAN EXEQUEL PÉREZ VILLALOBOS**

Doctor en Ciencias de la Educación

Firma: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_ , \_\_

Revisor externo

**ROCÍO DEL PILAR GLARÍA LÓPEZ**

Magíster en Educación Médica para Ciencias de la Salud

Firma: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_ , \_\_

**Marzo 2020  
Concepción · Chile**

## RESUMEN

**Introducción:** La formación profesional basada en competencias, requiere del uso de metodologías de enseñanza que permitan un desarrollo integrado de los conocimientos, las habilidades y actitudes que resultan más apropiadas para enfrentar con éxito las tareas profesionales de una determinada disciplina.

**Objetivo General:** Evaluar la implementación de la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada, de carácter formativo, como estrategia de enseñanza de habilidades de entrevista clínica en la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el ciclo vital de la carrera de Fonoaudiología.

**Método:** Estudio cuantitativo, analítico-relacional, pre-experimental. La muestra estuvo constituida por 17 estudiantes de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad Andrés Bello. Los datos fueron analizados utilizando el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach y la prueba no paramétrica de Wilcoxon para comparar los resultados antes y después de la intervención con la metodología de ECOE formativa.

**Resultados:** Todos los estudiantes evidenciaron mejoras en la competencia de entrevista clínica, resultando estadísticamente significativos los cambios en anamnesis y comunicación ( $p < 0,05$ ). Los estudiantes demostraron un aumento en los niveles de autoeficacia en entrevista clínica, resultando estadísticamente significativos los cambios en anamnesis y comunicación ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,043$ ). Los estudiantes, además, evidenciaron un alto grado de satisfacción con la metodología.

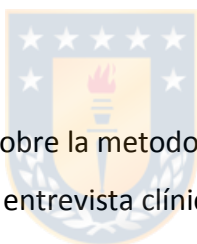
**Conclusiones:** La ECOE formativa permite el desarrollo de la competencia de anamnesis y comunicación en alumnos de Fonoaudiología, además de aumentar los niveles de autoeficacia respecto a sus habilidades de entrevista clínica. Los estudiantes presentan un alto grado de satisfacción con la metodología de ECOE formativa como estrategia de enseñanza de habilidades de entrevista clínica.



## TABLA DE CONTENIDO

<i>Contenidos</i>	<i>Página</i>
RESUMEN	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
CAPÍTULO I. PROBLEMATIZACIÓN	1
1.1. Desafíos de la formación por competencias	1
1.2. Simulación clínica	4
1.2.1. Definición conceptual	4
1.2.2. Clasificación de la Simulación	5
1.3. Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOЕ)	7
1.3.1. Definición conceptual	7
1.3.2. Principales ventajas de la ECOЕ	8
1.4. Simulación en Ciencias de la Salud y Fonoaudiología	10
1.5. Evaluación del impacto de la ECOЕ	12
CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	17
CAPÍTULO III. MÉTODO	19
3.1. Participantes	19
3.2. Definición de variables	20
3.2.1. Aprendizaje de la Competencia de Entrevista Clínica	20
3.2.2. Autoeficacia	20
3.2.3. Satisfacción de la metodología ECOЕ	21
3.3. Instrumentos de recolección de datos	21
3.3.1. Pauta de Observación de Entrevista Clínica (Anexo III)	21
3.3.2. Escala de Autoeficacia en Entrevista Clínica (Anexo II)	22
3.3.3. Encuesta de Satisfacción sobre la Metodología ECOЕ (Anexo I)	23
3.4. Procedimiento	24
3.4.1. Autorización y contacto inicial con los participantes	24
3.4.2. Planificación de la ECOЕ formativa	25

3.4.2.1. Contenidos y equipo de trabajo	25
3.4.2.2. Recursos materiales, humanos y de tiempo	26
3.4.2.3. Planificación de los escenarios	27
3.4.2.4. Confección de instrumentos de observación y cuestionarios	30
3.4.2.5. Entrenamiento de Pacientes Simulados Estandarizados (PSE)	31
3.4.2.6. Contenidos y lecturas previas	32
3.4.3. Etapa de ejecución de la metodología de ECOE formativa	33
3.4.4. Análisis de resultados y retroalimentación a los participantes	35
3.5. Análisis de datos	36
3.6. Consideraciones éticas	36
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	39
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	76
Anexo I: Encuesta de satisfacción sobre la metodología ECOE	77
Anexo II: Escala de autoeficacia en entrevista clínica	78
Anexo III: Pauta de observación de entrevista clínica	79
Anexo IV: Formulario de consentimiento informado para participante	80
Anexo V: Pauta de observación anamnesis (ECHOE)	84



## ÍNDICE DE TABLAS

		<i>Página</i>
TABLA 1	Desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica evaluado por los docentes en el pre test.	40
TABLA 2	Tramos de interpretabilidad del coeficiente Kappa de Cohen.	41
TABLA 3	Niveles de acuerdo entre los dos docentes evaluadores sobre el desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica en el pre test.	42
TABLA 4	Desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica evaluado por los docentes en el postest.	44
TABLA 5	Niveles de acuerdo entre los dos docentes evaluadores sobre el desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica en el postest.	46
TABLA 6	Estadísticos descriptivos del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el pretest del proceso de entrevista clínica según docentes.	48
TABLA 7	Estadísticos descriptivos del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el postest del proceso de entrevista clínica según docentes.	48
TABLA 8	Comparación entre el desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en el pre y postest del proceso de entrevista clínica según evaluador.	49
TABLA 9	Descriptivo del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en la estación 1 “Anamnesis” de la ECOE.	50



TABLA 10	Descriptivo del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en la estación 2 “Juicio clínico” de la ECOE.	51
TABLA 11	Descriptivo del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en la estación 3 “Comunicación” de la ECOE.	52
TABLA 12	Descriptivo del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en la estación 4 “Juicio clínico” de la ECOE.	53
TABLA 13	Estadísticos descriptivos del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en las estaciones de la ECOE formativa.	54
TABLA 14	Autoeficacia reportada por los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica.	56
TABLA 15	Estadísticos descriptivos de la autoeficacia reportada por los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica.	57
TABLA 16	Correlación de Spearman entre la autoeficacia percibida por el estudiante en la competencia de Anamnesis y las calificaciones de los dos docentes evaluadores.	58
TABLA 17	Correlación de Spearman entre la autoeficacia percibida por el estudiante en la competencia de Juicio clínico y las calificaciones de los dos docentes evaluadores.	58
TABLA 18	Correlación de Spearman entre la autoeficacia percibida por el estudiante en la competencia de Comunicación y las calificaciones de los dos docentes evaluadores.	59
TABLA 19	Satisfacción reportada por los estudiantes de Fonoaudiología luego de la actividad de simulación formativo.	60
TABLA 20	Estadísticos descriptivos del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en las estaciones de la ECOE formativa.	61
TABLA 21	Comentarios abiertos de los estudiantes sobre la metodología.	62

# I. PROBLEMATIZACIÓN

## 1.1. Desafíos de la formación por competencias

Las demandas sociales, derivadas de los cambios vertiginosos en educación, tecnología e información, han generado la necesidad de formar profesionales flexibles, críticos y reflexivos en su práctica diaria<sup>1</sup>. Esto ha vuelto la mirada hacia aspectos procedimentales y actitudinales, tradicionalmente olvidados por la educación formal. De esta manera, la formación basada en competencias adquiere gran relevancia en el escenario educativo actual<sup>2</sup>.

Se entiende por competencia como la habilidad para seleccionar e integrar eficientemente el conocimiento, las habilidades y las actitudes que resultan más apropiadas para enfrentar una determinada situación y sus particularidades<sup>3</sup>. En el área de la salud, la competencia se relaciona con las actividades asistenciales, la medicina preventiva y comunitaria, la investigación y docencia, la gestión, el trabajo en equipo y el profesionalismo<sup>2</sup>. Por lo tanto, se consideran no sólo los aspectos cognitivos en la enseñanza; sino que, además, todas aquellas habilidades no técnicas que permiten la interacción contextual del profesional. Específicamente, y en el ámbito de la educación médica, Epstein<sup>4</sup> define la competencia clínica o asistencial como el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión; todo ello, en beneficio de los individuos y la comunidad a la que pertenecen. Lo anterior, ha

planteado grandes desafíos en la formación de profesionales de calidad y la certificación de las competencias propuestas en los perfiles de egreso<sup>5</sup>.

En este contexto, el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), en 1999 sugirió el uso de nuevas metodologías de enseñanza y sistemas de evaluación formativa continua<sup>6</sup>.

Concretamente, se plantea el uso de situaciones clínicas reales o simuladas en las que el estudiante debe resolver una determinada tarea del ámbito clínico<sup>7</sup>. Por su parte, la

evaluación formativa continua permite retroalimentar al estudiante sobre su desempeño, a través de un proceso reflexivo. Su objetivo principal no es la calificación, sino que más

bien la identificación de los aspectos a mejorar y la puesta en marcha de nuevas estrategias de aprendizaje<sup>1</sup>. Algunas de las ventajas de la evaluación formativa radican en un aumento

de la motivación estudiantil, una mayor implicación de los estudiantes en su proceso de aprendizaje, una mejora de su capacidad crítica y la realización de trabajos de mayor

calidad<sup>8</sup>. Particularmente, los alumnos valoran la retroalimentación como fuente de reflexión de los errores y la relación cooperativa entre docentes y estudiantes<sup>9</sup>. La evidencia

empírica apoya el alto grado de satisfacción de los alumnos con estas metodologías<sup>6,10,11</sup>.

De no menor importancia, en el contexto de los nuevos planteamientos en evaluación, la educación médica ha avanzado en identificar las características de los sistemas de

evaluación continua<sup>4,12</sup>. Concretamente, se sugiere la realización de múltiples evaluaciones, guiadas por un propósito, considerando distintos contextos (coherencia), que contribuyan

con la acumulación en el tiempo de información pertinente (continua), utilizando distintas

variantes de la evaluación: diagnóstica, formativa y sumativa (exhaustiva), y que se caracterice por la transparencia y credibilidad (válida y confiable)<sup>12</sup>.

En este escenario, y reconociendo que la adquisición de competencias clínicas en el pregrado resulta fundamental, su desarrollo y evaluación se transforma en uno de los problemas en la educación médica<sup>4,12</sup>. Consecuentemente, surgen nuevas metodologías de enseñanza y evaluación de la competencia clínica que se adaptan a las necesidades educativas anteriormente planteadas. Tal es el caso de la simulación en su formato de Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO)E (Objective Structured Clinical Examination, OSCE en sus siglas en inglés), la que se ha consagrado como uno de los instrumentos de enseñanza y evaluación de competencias clínicas más utilizado en las últimas décadas<sup>4</sup>.

De acuerdo a Miller<sup>13</sup>, la evaluación y desarrollo de la competencia clínica se organiza como una pirámide de cuatro niveles. En los dos primeros, se sitúan los conocimientos (saber) y cómo aplicarlos a casos concretos (saber cómo). En el tercer nivel, se ubica la competencia en ambientes simulados en los que el profesional debe demostrar todo lo que es capaz de hacer (mostrar cómo). Finalmente, en el cuarto y último nivel, se ubica el desempeño en situaciones reales (hacer). De acuerdo a este marco referencial, las metodologías basadas en la simulación clínica lograrían abarcar hasta el tercer nivel de la pirámide de Miller (el demostrar cómo) y que se relacionaría directamente con el concepto de competencia descrito anteriormente.

Consecuentemente, resulta imperioso que se incluyan en los programas de estudio, tanto las estrategias de enseñanza como los métodos de evaluación de las competencias clínicas declaradas en los perfiles de egreso, con el fin de mejorar la calidad de los profesionales<sup>5</sup>. Es por ello que el presente trabajo de investigación, aborda la implementación de la simulación clínica con pacientes estandarizados, a través de un formato de ECOE, en alumnos de la carrera de Fonoaudiología que cursan su 2° año de formación de pregrado.

## **1.2. Simulación clínica**

### **1.2.1. Definición conceptual**

Entre las metodologías de enseñanza activas que favorecen el desarrollo de aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales en salud, destaca la simulación clínica<sup>14</sup>. La simulación se define como una técnica –no una tecnología– para sustituir o ampliar las experiencias reales a través de experiencias guiadas, que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real, de una forma totalmente interactiva<sup>15</sup>. Ha demostrado importantes ventajas frente a otras metodologías de aprendizaje en el proceso de formación por competencias. Se caracteriza por brindar al estudiante la oportunidad de entrenamiento sistemático y repetido de habilidades y competencias, el aprendizaje en un ambiente guiado, controlado y seguro, la posibilidad de equivocarse y aprender del error, mínimo riesgo para el usuario y la transferencia de habilidades adquiridas a la realidad<sup>15,16</sup>. Es un método efectivo para la adquisición de conocimiento médico, la comunicación, el trabajo en equipo y la disminución del estrés<sup>17,18</sup>.

### 1.2.2. Clasificación de la Simulación

Existen variadas alternativas de simulación. Ziv<sup>19</sup> destaca el uso de modelos que replican partes del cuerpo, o el cuerpo completo, con sus características anatómicas y fisiológicas controladas a través de sistemas computacionales. Tanto el uso de partes del cuerpo, como de maniqués de tamaño real, ha demostrado ser efectivo para desarrollar habilidades psicomotoras básicas<sup>16</sup>, competencias clínicas complejas y el trabajo en equipo<sup>14</sup>. Otro formato de simulación propuesto por el autor, consiste en la utilización de simuladores virtuales en pantalla o programas computacionales que permiten entrenar y evaluar conocimientos y la toma de decisiones. Finalmente, y de especial relevancia para este trabajo de investigación, destaca el uso de pacientes simulados estandarizados (PSE) que caracterizan aspectos sustanciales de una enfermedad. Existe evidencia de que esta metodología permite el entrenamiento y desarrollo de habilidades para la obtención de la historia clínica, la realización del examen físico y la comunicación<sup>20,21</sup>. Ha tenido gran impacto en la educación médica por su bajo costo y alto grado de fidelidad con la realidad<sup>16</sup>. Además, se reportan ventajas en relación al uso de pacientes reales, tales como la posibilidad de observar distintas etapas de una enfermedad, enfrentarse a patologías poco frecuentes, evitar riesgo de errores diagnósticos y terapéuticos y la posibilidad de representar con igual grado de complejidad los principales síntomas de una enfermedad<sup>22</sup>. Además, el alumno tiene la posibilidad de recibir retroalimentación inmediata por parte de los PSE<sup>23</sup>. Por su parte, Montenegro<sup>24</sup>, caracteriza a los PSE como actores –no necesariamente profesionales– entrenados para simular lo más fehacientemente a un

paciente en todo lo relativo a su historia clínica, exploración física y aspectos comunicacionales y emocionales de la dolencia o problema que van a representar; y, a su vez, considera que para que el paciente represente de forma estandarizada la sintomatología, resulta indispensable que el actor reaccione de la misma manera ante todos los estudiantes que pasan por su estación, para así lograr el mismo nivel de complejidad planteada para cada estudiante.

Un estudio en Fonoaudiología, realizado por Hill, Davidson y Theodoros<sup>25</sup>, se propuso medir la calidad de la representación de PSE con alteraciones del habla y del lenguaje. Para ello, tres evaluadores distintos, calificaron la actuación de cuatro PS que fueron entrevistados por 44 estudiantes. Los resultados evidenciaron que los PS mostraron niveles de moderados a altos en la precisión de la representación, lo que permitió concluir que es posible representar de manera estandarizada a pacientes con alteraciones fonoaudiológicas de habla y lenguaje. Lo anterior, constituye evidencia a favor de la inclusión de los PS en los programas de estudio; y con ello, apoyar el desarrollo y evaluación de competencias clínicas.

### **1.3. Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO E)**

#### **1.3.1. Definición conceptual**

La ECO E consiste básicamente en un circuito de estaciones secuenciales, en el que se utilizan PSE, casos por computador, maniqués, pruebas complementarias y preguntas de respuesta múltiple o corta relacionadas con los casos<sup>14</sup>. Los estudiantes que se enfrentan a la ECO E deben rotar secuencialmente por las estaciones enfrentando escenarios clínicos simulados, en los que deben mostrar competencias clínicas que son observadas y evaluadas según pautas preestablecidas<sup>7</sup>. De esta forma, y desde su creación en 1975 por Harden y su equipo, la ECO E se ha venido utilizado exitosamente como método de evaluación de competencias clínicas, tales como la realización de historia clínica, el establecimiento de hipótesis diagnóstica y la comunicación. Sin embargo, ha experimentado un desarrollo importante en la última década, como método de enseñanza de competencias. De tal manera, la ECO E formativa ha comenzado a utilizarse fuertemente en educación médica por su potencial para motivar procesos de aprendizaje a través de la entrega de feedback efectivo<sup>26,27</sup>.



### 1.3.2. Principales ventajas de la ECOE

El gran valor de este formato radica en la combinación de distintos métodos de evaluación y la oportunidad de aumentar la cantidad de indicadores de las competencias a evaluar<sup>22</sup>. De esta forma, y, siguiendo la propuesta de evaluación de competencias clínicas de Miller<sup>13</sup> descrita en el apartado 1.1, la ECOE permitiría alcanzar el desarrollo competencial del tercer nivel, es decir, el “demostrar cómo”<sup>22</sup>. Además, la ECOE contempla la posibilidad de entregar mayor retroalimentación al estudiante, en contraste con los métodos tradicionales, por lo que cumple un rol fundamental en el aprendizaje autodirigido y la evaluación formativa<sup>7</sup>. Hernández y su equipo<sup>28</sup>, sugieren el uso de la ECOE formativa para aumentar los niveles de confianza de los estudiantes y, disminuir con ello, la ansiedad a la hora de realizar una evaluación sumativa. En general, los estudiantes valoran la ECOE formativa, y particularmente la retroalimentación inmediata<sup>26,27</sup>, lo que se traduce en mejoras curriculares continuas<sup>29</sup>. Puntualmente, se considera actualmente que la evaluación formativa forma parte del proceso de enseñanza y aprendizaje, ya que permite el desarrollo de competencias personales y profesionales, la generación de una mayor capacidad reflexiva, análisis crítico, responsabilidad y el desarrollo del aprendizaje permanente<sup>10</sup>.

Algunas desventajas o limitaciones de la ECOE consisten en el mayor tiempo de preparación requerido, mayor número de evaluadores, la infraestructura adecuada<sup>7</sup>, así como el estrés que se genera en los estudiantes<sup>30</sup>. En Fonoaudiología, Bressmann y Eriks-Brophy<sup>31</sup>, utilizaron PSE para representar alteraciones del habla y el lenguaje, encontrando que los

estudiantes valoraban la actividad; sin embargo, se sintieron inadecuadamente preparados para interactuar con el paciente. Como consecuencia, habían aumentado sus niveles de ansiedad y nerviosismo frente a la entrevista de pacientes.

Para que una ECOE sea válida y confiable debe reunir una serie de condiciones o características. Entre ellas se sugiere un tiempo de duración de tres a cuatro horas, tener ocho o más pacientes simulados, duración de diez minutos por estación, máximo treinta ítems de evaluación por caso, no más de veinte candidatos a evaluar en cada sesión y combinar, de acuerdo con las competencias a evaluar, varios instrumentos evaluativos<sup>2</sup> y la necesidad de calibrar los evaluadores para unificar los criterios de evaluación<sup>32</sup>. En este sentido, un buen diseño de este tipo de exámenes puede contribuir a mejorar la calidad de las evaluaciones clínicas, haciéndolas más objetivas y brindando la oportunidad de retroalimentar verdaderamente el proceso de enseñanza-aprendizaje<sup>28</sup>. Dentro de las etapas de planificación de la ECOE se encuentran el comité de prueba, la tabla de especificaciones, el diseño de las estaciones<sup>28,33</sup>, la selección y entrenamiento de los pacientes simulados, la capacitación de los evaluadores y la logística del examen<sup>34</sup>. La tabla de especificaciones, destaca como un elemento clave para el diseño de las estaciones, ya que en ella se organizan los contenidos y las competencias a evaluar, con el fin de lograr coherencia entre las competencias a desarrollar y el plan de la asignatura<sup>7</sup>.

#### **1.4. Simulación en Ciencias de la Salud y Fonoaudiología**

La necesidad de incluir aspectos no técnicos en la formación de profesionales de la salud, ha puesto el enfoque en el desarrollo de competencias clínicas<sup>4</sup>. De esta forma, resulta cada vez más relevante el uso de habilidades de comunicación efectiva, obtención de información a través de la historia clínica, el trabajo en equipo, el profesionalismo, entre otras<sup>2</sup>. Es por ello que el sistema de acreditación internacional CanMEDS<sup>35</sup> (*Canadian Medical Education Directives for Specialist*), referente en educación médica a nivel mundial, agrega a las competencias descritas anteriormente, la gestión en salud, la investigación y el dominio del conocimiento de la especialidad. Aun cuando estas características profesionales han sido ampliamente requeridas, la evidencia investigativa en salud muestra que los profesionales presentan un escaso desarrollo de las competencias de interacción, específicamente las relacionadas con la comunicación<sup>36,37</sup>. Concordante con ello, destacan dos experiencias en Fonoaudiología<sup>38,39</sup>, en las que se utilizaron PSE con Afasia para entrenar habilidades de evaluación y comunicación en estudiantes, las que coinciden en que si bien los estudiantes habían mejorado en la competencia de evaluación, aún presentaban dificultades con las habilidades de interacción y comunicación con los pacientes.

Es por ello, que la evidencia a favor de la simulación como estrategia de enseñanza y evaluación de competencias ha aumentado significativamente en la última década<sup>40</sup>. En algunos países, como Estados Unidos y Canadá, la simulación ha sido incluida como parte fundamental del currículum para la obtención de certificaciones médicas<sup>14</sup>. En Chile y

algunos países de Latinoamérica también se ha experimentado un desarrollo importante<sup>41</sup>, principalmente en lo que respecta a su utilización para el desarrollo de habilidades no técnicas, de comunicación, profesionalismo, trabajo en equipo y anamnesis<sup>14,42</sup>. Sin embargo, aún no ha sido incorporada formalmente en los planes de estudio de las ciencias de la salud<sup>43</sup>.

Las disciplinas médicas que a nivel nacional cuentan con mayor evidencia sobre el uso de la simulación en general y, específicamente, a través de pacientes simulados en su formato ECOE son Enfermería, Medicina y Odontología<sup>44</sup>. Por lo tanto, existe un vacío de conocimiento acerca de su utilización en otras carreras de la salud, tales como Fonoaudiología, situación que se replica en el contexto internacional<sup>31</sup>.

Fonoaudiología, en particular, es una carrera que trabaja con pacientes que presentan limitaciones en su capacidad de comunicación, audición y deglución; por lo que requiere del manejo clínico de habilidades cognitivas, la realización de procedimientos de exploración neurológica y el desarrollo de habilidades comunicativas para el trabajo con la familia y el equipo interdisciplinario<sup>44</sup>. La Asociación Estadounidense de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA en su sigla en inglés), establece que el profesional Fonoaudiólogo debe desarrollar competencias clínicas en los ámbitos de evaluación, intervención, gestión e interacción; por lo que su desarrollo en el pregrado resulta fundamental para un ejercicio profesional de calidad, que pueda responder a las necesidades de los usuarios y sus familias. En este escenario cobra gran relevancia el uso de la metodología de la ECOE formativa, por su

potencial para desarrollar competencias clínicas y la evidencia investigativa acumulada a su favor<sup>20,21</sup>.

### **1.5. Evaluación del impacto de la ECOE**

Para saber si una ECOE efectivamente tiene resultados en tanto intervención formativa, se utiliza el modelo de evaluación de Kirk Patrick<sup>45</sup>, cuyo objetivo principal es medir el impacto de los programas de formación tradicional. El método cuenta con cuatro niveles de evaluación: percepción, conocimiento, cambio conductual y resultados en otras cualidades. En este estudio se ha decidido evaluar los primeros tres niveles. El primer nivel, de percepción, consiste en medir cómo reaccionan los participantes ante la capacitación recibida y se evalúa generalmente por medio de encuestas. En educación médica, la satisfacción se entiende como la evaluación subjetiva que realiza un estudiante acerca de los diversos resultados y experiencias relacionadas con la educación<sup>46</sup>. En este caso, se evaluó la percepción de los estudiantes respecto a la metodología de ECOE formativa, a través de la Encuesta de Satisfacción (véase Anexo I) que contestaron los estudiantes al finalizar la intervención. En las carreras de Medicina, Enfermería y Odontología existen estudios de ECOE que han utilizado la evaluación de la satisfacción, encontrando que –en su mayoría– los estudiantes valoran satisfactoriamente la metodología. Específicamente, valoran la entrega de feedback efectivo<sup>26,27</sup>, consideran al ECOE como una oportunidad de aprendizaje<sup>27,47</sup> tanto de habilidades técnicas como no técnicas<sup>18</sup>, por lo que constituye una instancia de vinculación entre la teoría y la práctica; lo que a su vez se traduce en una

disminución de los niveles de ansiedad y el beneficio de poder adquirir mayor seguridad en situaciones de práctica clínica real<sup>48,49</sup>. Por su parte, en la carrera de Fonoaudiología, también existen algunos estudios con pacientes simulados que han medido la satisfacción, encontrándose que los estudiantes valoran positivamente la experiencia<sup>50,51</sup>, como una instancia para desarrollar competencias clínicas<sup>31</sup> y valoran la retroalimentación individual para el futuro aprendizaje<sup>52</sup>.

Por su parte, el segundo nivel de aprendizaje consiste en medir el conocimiento del estudiante antes y después de la formación recibida. Su objetivo es medir el grado en que los participantes reconocen los conocimientos impartidos y analizan la relación entre lo aprendido y la acción formativa. Para esta investigación, se realiza una evaluación de la autoeficacia. Se entiende por autoeficacia a los juicios de cada estudiante sobre sus capacidades competenciales y en base a las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado<sup>53</sup>. La medición se realiza a través de una Escala de Autoeficacia en Entrevista Clínica (véase Anexo II), cuyo objetivo principal fue que el alumno pueda autoevaluar su desempeño respecto a la competencia de entrevista clínica y sus componentes de anamnesis, juicio clínico y comunicación. Esta encuesta fue aplicada antes y después de la metodología de ECOE formativa. En un estudio de Fernández-Ayuso et al.<sup>54</sup>, se encontró una alta relación entre la autoeficacia y la experiencia de simulación con pacientes críticos. En el caso de Fonoaudiología, sólo ha sido posible documentar un estudio en el que se encontró un aumento del conocimiento de los estudiantes respecto a

las habilidades para realizar evaluación de la disfagia pediátrica, luego del entrenamiento con PS<sup>55</sup>.

Y, finalmente, el tercer nivel –y quizás el más importante para esta investigación– corresponde al desempeño o cambio conductual experimentado por el alumno luego de la intervención. Esto, debido a que una de las grandes ventajas de la ECOE como metodología de enseñanza, es que logra desarrollar competencias clínicas o generar cambios conductuales. Para Fonoaudiología, corresponde al grado en que los estudiantes manifiestan cambios en la competencia de entrevista clínica luego de la metodología de ECOE formativa. Resulta susceptible de ser medido a través de la observación del desempeño del estudiante en una situación simulada de entrevista clínica a través de una Pauta de Observación de Entrevista Clínica (véase Anexo III). Dicho instrumento se aplica antes y después de la intervención metodológica. Hay estudios de ECOE que han utilizado la evaluación de los cambios conductuales a nivel de competencias clínicas, principalmente en medicina y enfermería<sup>5,18,27,48,56,57</sup>. Específicamente, se describen cambios en los desempeños en pensamiento crítico y comunicación<sup>37,59-60</sup>. En lo que respecta a Fonoaudiología, se han reportado estudios que han medido el cambio competencial a través de PSE. Destaca el desarrollo de habilidades clínicas de intervención terapéutica<sup>31,50,51</sup> y desarrollo de la competencia de evaluación y comunicación<sup>38,39,52</sup>. Por último, el cuarto nivel de resultados no será medido en esta investigación, ya que requiere de tiempo de espera para nuevas mediciones y gestión de nuevas evaluaciones a terceros.

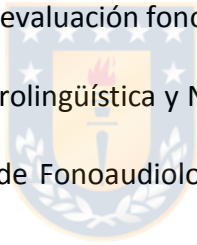
Por su parte, la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el ciclo Vital, en la que se implementó la ECOE formativa, tributa al cumplimiento del perfil de egreso de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad Andrés Bello a través de las competencias de evaluación global e intervención integral de usuarios y sus contextos<sup>61</sup>. Sin embargo, dicha asignatura no cuenta actualmente con ninguna metodología de enseñanza que permita el desarrollo de competencias, lo que generó la necesidad de realizar una innovación metodológica coherente con el programa de asignatura; seleccionando, para ello, la ECOE formativa con PSE. Para la presente investigación se abordará el desarrollo de la competencia de evaluación fonoaudiológica con perspectiva global y sus tres componentes de anamnesis, juicio clínico y comunicación. Estos componentes o habilidades en su conjunto han sido denominadas “entrevista clínica”.

Las habilidades o competencias de anamnesis, juicio clínico y comunicación resultan fundamentales para llevar a cabo una evaluación fonoaudiológica global que permita, consecuentemente, la toma de decisiones terapéuticas y preventivas que resulten más apropiadas para el paciente y su entorno. Es por ello, que, para comprender mejor sus implicancias, se ha tomado como referencia teórica la propuesta de la American Board of Internal Medicine<sup>62</sup>, quienes entregan los principales descriptores de cada competencia. De esta forma, se entiende por anamnesis a la competencia clínica que permite recabar de forma estructurada y exhaustiva la información contextual del usuario, con el objetivo de lograr una comprensión multidimensional del cuadro. Por su parte, el juicio clínico corresponde a la competencia clínica que permite recabar de forma estructurada y



exhaustiva la información contextual del usuario, con el objetivo de lograr una comprensión multidimensional del cuadro. Finalmente, la comunicación se define como la competencia clínica que considera la utilización de un lenguaje comprensible y empático para el usuario, la honestidad y franqueza de las ideas entregadas, el interés por las expectativas del usuario y la familia, y la entrega de información oportuna sobre el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

Para finalizar, la presente investigación pretende evaluar la implementación de la simulación clínica, a través de una instancia de ECOE de carácter formativo. Es decir, se utilizará la ECOE como una estrategia de enseñanza de habilidades de entrevista clínica en una asignatura en la que se aborda la evaluación fonoaudiológica de personas a lo largo del ciclo vital y que se denominada “Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital”. Esta asignatura se imparte en la carrera de Fonoaudiología de una universidad privada de la región.



## II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### Objetivo general

Evaluar la implementación de la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada de carácter formativo, como estrategia de enseñanza de habilidades de entrevista clínica, en la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el ciclo vital, de la carrera de Fonoaudiología.

### Objetivos específicos

- Describir las habilidades de entrevista clínica que los alumnos de Fonoaudiología tienen al iniciar la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital.
- Identificar diferencias en las habilidades de entrevista clínica, que los alumnos tenían al inicio y al final de la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital.
- Describir el grado de autoeficacia que perciben los alumnos de Fonoaudiología sobre sus habilidades de entrevista clínica al iniciar la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital.
- Identificar diferencias en el grado de autoeficacia en entrevista clínica que los alumnos percibían al inicio y al final de la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital.

- Identificar el nivel de satisfacción que los alumnos reportan luego de participar de una ECOE formativa como estrategia de enseñanza.
- Identificar los logros de aprendizaje que los alumnos atribuyen a la asignatura que aplicó la metodología de ECOE formativa.

### **Hipótesis**

- Los alumnos dominan menos del 50% de las habilidades de entrevista clínica establecidas en el programa de la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital al iniciar el curso.
- Las habilidades de entrevista clínica de los alumnos de Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital, aumentan luego de experimentar la metodología de ECOE formativa en la asignatura.
- La mayoría de los alumnos se reporta satisfecho con el uso de la metodología de ECOE formativa como estrategia de enseñanza.
- Los alumnos atribuyen variados logros de aprendizaje a la asignatura bajo metodología de ECOE formativa.



### III. MÉTODO

El presente trabajo de investigación es de tipo de tipo cuantitativo. Corresponde a un estudio analítico-relacional, que busca establecer la asociación entre la participación de los alumnos de Fonoaudiología en instancias de ECOE formativa y el mayor grado de desarrollo de habilidades de entrevista clínica. Se utilizó un diseño experimental de tipo pre-experimental, ya que se modificó la realidad a través de la manipulación de la variable independiente, en este caso la metodología de enseñanza ECOE formativa; y se comparó el desempeño de los estudiantes antes de la ECOE formativa y después de éste. Sin embargo, el estudio no contó con grupo control por el tamaño reducido de la muestra<sup>63</sup> (17 estudiantes).



#### 3.1. Participantes

La población de estudio estuvo compuesta por estudiantes de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción.

Se establecieron como criterios de inclusión que fueran alumnos regulares de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción; y que por plan de estudios les correspondiera cursar la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital. Se excluyeron a aquellos estudiantes que participaron en menos del 75% de las actividades de la asignatura.

Los estudiantes fueron elegidos por muestreo no probabilístico, por accesibilidad. El tamaño muestral fue de 17 estudiantes.

### **3.2. Definición de variables**

#### **3.2.1. Aprendizaje de la Competencia de Entrevista Clínica:**

Se define conceptualmente como el grado en que los estudiantes logran demostrar el conocimiento, las habilidades técnicas, la comunicación, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y las reflexiones en la práctica diaria de la entrevista clínica, en beneficio del individuo y de la comunidad a servir<sup>4</sup>.

Operacionalmente, se entenderá como los puntajes obtenidos por los participantes en los tres factores de la Pauta de Observación de Entrevista Clínica (véase Anexo III): Anamnesis, Hipótesis Diagnóstica, Comunicación.



#### **3.2.2. Autoeficacia**

Se define conceptualmente como los juicios de cada estudiante de Fonoaudiología sobre sus capacidades de entrevista clínica, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado<sup>53</sup>.

Operacionalmente, se entenderá como los puntajes obtenidos por los participantes en los tres factores de la Escala de Autoeficacia en Entrevista Clínica (véase Anexo II): Anamnesis, Hipótesis Diagnóstica, Comunicación.

### **3.2.3. Satisfacción de la metodología ECOE:**

Se define conceptualmente como la evaluación subjetiva que realiza un estudiante acerca de los diversos resultados y experiencias relacionadas con la educación<sup>46</sup>.

Operacionalmente, se entenderá como los puntajes otorgados por los participantes a los cinco factores de la Encuesta de Satisfacción sobre la Metodología ECOE (véase Anexo I): Metodología de Enseñanza y Aprendizaje, Planificación por Competencias, Procedimiento, Satisfacción, Recursos Materiales y Humanos.

### **3.3. Instrumentos de recolección de datos**

#### **3.3.1. Pauta de Observación de Entrevista Clínica (Anexo III)**

El instrumento de evaluación que utilizó el docente para observar las habilidades de entrevista clínica estuvo constituido por una escala de apreciación de graduación numérica, cuyo objetivo principal fue describir el grado de logro de las habilidades de entrevista clínica y sus componentes de anamnesis, juicio clínico y comunicación. Fue confeccionada por la autora de la investigación y sometida a juicio de cinco expertos, previamente a su aplicación. El instrumento contó con tres dimensiones: Anamnesis, Juicio clínico y Comunicación. Cada una estuvo constituida por cinco, cuatro y siete ítems respectivamente, sumando un total de dieciséis afirmaciones sobre la competencia de entrevista clínica. El docente tuvo que responder sobre el grado de logro de cada afirmación, utilizando una escala de apreciación de tres alternativas (1= No logrado; 2= Medianamente; 3= Logrado).

### **3.3.2. Escala de Autoeficacia en Entrevista Clínica (Anexo II)**

El instrumento de evaluación que se utilizó para llevar a cabo la encuesta de percepción de habilidades de entrevista clínica estuvo constituido por un cuestionario autoadministrado en modalidad presencial, contestado por los estudiantes que participaron en el estudio. Su objetivo fue que el estudiante pudiera autoevaluar su desempeño respecto a la competencia de entrevista clínica y sus componentes de anamnesis, juicio clínico y comunicación. Este cuestionario estuvo compuesto por los mismos reactivos de la Pauta de Observación de la Entrevista Clínica que utilizó el docente, pero redactado desde el punto de vista de la percepción del estudiante sobre su desempeño al entrevistar a un usuario. Fue confeccionado por la autora de la investigación y sometido a juicio de cinco expertos, previamente a su aplicación. El instrumento contó con tres dimensiones: Anamnesis, Juicio clínico y Comunicación. Cada una a su vez estuvo constituida por cinco, cuatro y siete ítems respectivamente, sumando un total de dieciséis afirmaciones sobre la percepción del estudiante respecto a sus habilidades de entrevista clínica. El estudiante tuvo que responder sobre el grado de logro de cada afirmación, utilizando una escala de apreciación de tres alternativas (1= No logrado; 2= Medianamente; 3= Logrado).

### **3.3.3. Encuesta de Satisfacción sobre la Metodología ECOE (Anexo I)**

El instrumento de evaluación que se utilizó para llevar a cabo la encuesta de satisfacción sobre la metodología estuvo constituido por un cuestionario autoadministrado en modalidad presencial, contestado por los estudiantes al finalizar la ECOE formativa. Su objetivo principal fue evaluar la percepción de los estudiantes respecto a innovación metodológica y su proceso de implementación. Fue confeccionado por la autora de la investigación y sometido a juicio de cinco expertos, previamente a su aplicación. El instrumento contó con cinco dimensiones: metodología de enseñanza y aprendizaje, planificación por competencias, procedimiento, satisfacción, recursos materiales y humanos. Cada una a su vez estuvo constituida por cinco, cuatro, cinco, cinco y cuatro ítems respectivamente, sumando un total de 23 afirmaciones sobre la implementación de la ECOE y el grado de satisfacción de los participantes. El estudiante tuvo que responder sobre el grado de acuerdo con los reactivos, utilizando una escala Likert de cuatro alternativas (1= Total desacuerdo; 2 = Desacuerdo; 3= De acuerdo; 4= Muy de acuerdo).



### **3.4. Procedimiento**

#### **3.4.1. Autorización y contacto inicial con los participantes**

En primer lugar, se gestionó la Autorización Institucional de la directora de carrera de Fonoaudiología de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción, a la que pertenecen los estudiantes seleccionados para el estudio. Luego, se contactó a estos últimos en dependencia de la Universidad, en los horarios correspondientes a las clases presenciales de la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital, la que se dicta en el segundo semestre del segundo año de la carrera. Posee dos horarios semanales, uno teórico y otro práctico de 1,5 y 2,25 horas pedagógicas respectivamente. Esta instancia tuvo como objetivo invitarlos a participar y a realizar un procedimiento de consentimiento informado (véase Anexo IV) para explicarles los objetivos y las características del estudio, además de las condiciones de su participación: tipo de colaboración, tiempo que demanda y garantías de confidencialidad y voluntariedad. Específicamente, se les explicó a los estudiantes que la colaboración consistía en su participación en una innovación metodológica de ECOE formativa, y su posterior autorización, para utilizar los datos obtenidos en ella en el marco de una tesis de investigación de Magíster en Educación Médica para Ciencias de la Salud, que actualmente se encontraba cursando la docente a cargo de la asignatura. Además, se les informó que la intervención tenía una duración de tres semanas, durante el mes de septiembre de 2019, dos consecutivas y una alternada; y que su participación era libre y voluntaria. También se hizo alusión a la confidencialidad de los datos y al libre acceso a los resultados de la investigación. Entre los beneficios

informados a los estudiantes se les destacó la posibilidad de practicar en un ambiente seguro, controlado y guiado la competencia de entrevista clínica, sin perjuicio de cometer errores diagnósticos y/o terapéuticos que pudieran dañar a los usuarios y/o familiares. El procedimiento de consentimiento informado culminó con la firma del formulario de consentimiento informado sobre la metodología y sus tres etapas: pre intervención (diagnóstico), intervención (metodología ECOE), post intervención (evaluación).

La intervención metodológica completa abarcó todo el segundo semestre 2019 y se dividió en tres grandes momentos: la planificación de la ECOE, la ejecución del mismo (diagnóstico, ECOE, post intervención), y el análisis y difusión de resultados.



### **3.4.2. Planificación de la ECOE formativa**

#### **3.4.2.1. Contenidos y equipo de trabajo**

Se seleccionó la unidad uno de la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el ciclo Vital, cuyo objetivo principal era que el estudiante lograra integrar el funcionamiento del sistema nervioso central y periférico con la fisiopatología del daño neurológico en el usuario dentro del ciclo vital. La unidad seleccionada tributa al cumplimiento del perfil de egreso a través de la competencia de evaluación fonoaudiológica de personas desde una perspectiva global, y la generación de un diagnóstico que considere el impacto de su condición en su entorno. Ello generó la necesidad de utilizar la ECOE formativa para el desarrollo de la entrevista clínica, competencia trascendental en la etapa de evaluación, diagnóstico e intervención del usuario con dificultades del lenguaje, habla y comunicación.

El comité de planificación para la ECOE formativa, estuvo compuesto por la docente a cargo de la asignatura y la docente tutora de la presente investigación, con alto grado de capacitación en simulación clínica.

#### **3.4.2.2. Recursos materiales, humanos y de tiempo**

Se determinó como recursos materiales la necesidad de contar con cuatro salas contiguas para la etapa de diagnóstico y post intervención, siendo el espacio seleccionado para ello los laboratorios de Fonoaudiología. Para la etapa de aplicación de la metodología (un día), se requirió de cuatro salas contiguas en dos espacios diferentes, ya que las estaciones se realizaron en paralelo. Se utilizaron finalmente cuatro salas en los laboratorios de Fonoaudiología y cuatro salas en el centro de simulación de la UNAB.

Se consideró como recurso humano para la realización de la ECOE formativa a los estudiantes de 5° año de la carrera de Fonoaudiología, quienes se encontraban realizando su práctica profesional. El objetivo de su participación era representar a pacientes con alteraciones del lenguaje y la comunicación, la aplicación de pautas de observación (véase Anexo V) y la entrega de retroalimentación al estudiante. Se solicitó en primera instancia la autorización a la jefatura de carrera y, posteriormente, se les envió una invitación a los estudiantes vía correo electrónico para informarles de las características de la metodología, las fechas implicadas y la posibilidad de obtener certificación por la capacitación como paciente simulado estandarizado y como alumno-ayudante. En la invitación, se les destacó el valor de recibir capacitación como actores, con la ventaja de contar con el conocimiento

teórico sobre la sintomatología a representar (por los cuatro años de estudio ya cursados), lo que a futuro podría enriquecer su currículum y brindarles la oportunidad de poder optar a nuevas fuentes laborales relacionadas con la docencia y la simulación clínica. Finalmente, se inscribieron 16 estudiantes de 5to año de Fonoaudiología.

#### **3.4.2.3. Planificación de los escenarios**

Para la etapa diagnóstica y de post intervención se confeccionó un caso de Afasia de Broca de un adulto de 61 años, quien había sufrido un daño neurológico en el hemisferio cerebral izquierdo. Producto de ello había quedado con dificultades para expresarse, conservando la capacidad comprensiva. Además, el caso contenía componentes de comunicación efectiva, ya que la acompañante (esposa) se mostraba muy ansiosa frente a los resultados de la evaluación; y el paciente, por su parte, al conservar la capacidad comprensiva estaba emocionalmente lábil. Por tanto, el objetivo de la estación era que el estudiante pudiera realizar un primer acercamiento al usuario a través de una conversación informal. Dicha instancia permitiría conocer al usuario y su contexto, realizar un primer acercamiento a la hipótesis diagnóstica e informar a la familia sobre lo observado y sus implicancias futuras. Por tanto, la competencia a evaluar fue la de entrevista clínica. La implementación de este escenario requirió de la participación de un equipo capacitado de tres personas: un paciente simulado estandarizado, su acompañante simulado y un asistente de filmación.

Para la etapa de ejecución de la ECOE formativa se confeccionaron cuatro escenarios: los tres primeros con pacientes simulados y el último, en base a un caso clínico escrito. Los dos primeros casos eran de Afasia y el tercero de madre de niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA). El caso clínico escrito también fue creado en base a un diagnóstico de Afasia.

Para la estación uno se confeccionó un caso de Afasia de Conducción de una joven universitaria de 26 años, quien había sufrido un daño neurológico en el hemisferio cerebral izquierdo. Producto de ello había quedado con dificultades para expresarse (encontrar las palabras y nombrarlas correctamente). Su capacidad comprensiva estaba conservada. Debido a ello, la paciente se presentaba muy ansiosa frente a los errores (expresión a través de movimientos corporales, expresiones faciales e incluso las lágrimas), lo que implicaba un desafío comunicacional adicional para el estudiante que enfrentaba el escenario. El objetivo, por tanto, fue que el estudiante lograra recabar datos relevantes del usuario, sintetizar la información y enfrentar la situación emocional emergente con las estrategias comunicativas más efectivas para el contexto. Por lo tanto, la competencia a desarrollar fue la realización de anamnesis o historia clínica relevante de un usuario. La implementación de este escenario requirió de la participación de un equipo capacitado de tres personas: un PSE, un evaluador y un asistente de filmación.

Para la estación dos, se creó un caso de Afasia Anómica de una exitosa abogada de 33 años, secueleda de una hemorragia en el hemisferio cerebral izquierdo. Comprendía y producía el lenguaje, sin embargo, presentaba serias dificultades para encontrar el nombre de las palabras. La paciente presentaba una personalidad estructurada, autoexigente y

emocionalmente neutra, por lo que reaccionaba agresivamente frente a las preguntas. El estudiante debía enfrentar una segunda sesión de evaluación, enfocada al establecimiento de una hipótesis diagnóstica inicial. La competencia a desarrollar fue la de juicio clínico. Además, el escenario incluyó desafíos comunicacionales para conducir la entrevista, enfrentando las barreras de personalidad evidenciadas por la usuaria. La implementación de este escenario requirió de la participación de un equipo capacitado de tres personas: un PSE, un evaluador y un asistente de filmación.

Para la estación tres se creó un caso de comunicación efectiva con la madre de un niño de dos años, con diagnóstico reciente de TEA severo. El niño venía derivado por el neurólogo por presentar serias dificultades para comunicarse con su entorno. La madre se desempeñaba como profesora de educación básica de tiempo completo, vivía sola con su hijo y poseía una escasa red de apoyo. Asistía sola a la consulta porque no contaba con tiempo de permiso suficiente en su trabajo. Al niño lo cuidaba una señora de 58 años. La madre se sentía muy ansiosa, con rabia y algo de frustración por la gravedad del cuadro, por lo que se mostraba muy reticente a la terapia fonoaudiológica. Además, estuvo leyendo en internet que “esta patología no se quita nunca” y que “las personas mueren con ella”. El estudiante debía enfrentar una primera sesión de evaluación, en la que principalmente –más que la realización de una anamnesis– el estudiante debía enfocarse en indagar sobre las percepciones y expectativas de la madre respecto al diagnóstico de su hijo; y resolver sus dudas y convencerla de la importancia de realizar terapia fonoaudiológica temprana. Por tanto, la competencia a desarrollar fue la de comunicación efectiva. La implementación

de este escenario requirió de la participación de un equipo capacitado de tres personas: un PSE, un evaluador y un asistente de filmación.

Finalmente, la estación cuatro fue creada en base a un caso clínico escrito de un usuario de 57 años que presenta un tumor benigno en la región temporo-occipital. Se le entregó al estudiante los resultados de la evaluación fonoaudiológica inicial: una muestra de lenguaje y los puntajes que obtuvo al nombrar objetos, al repetir palabras y al comprender instrucciones. Es decir, se le facilitan los resultados claves para establecer la hipótesis diagnóstica del caso. Esta información teórica había sido revisada en las clases y a través de la lectura previa de un documento escrito sobre la clasificación de la Afasia. El objetivo del escenario fue el establecimiento de la hipótesis diagnóstica, por medio del análisis y síntesis de la información entregada. Por tanto, esta actividad contribuía al desarrollo de la competencia de juicio clínico.



#### **3.4.2.4. Confección de instrumentos de observación y cuestionarios**

Para la presente investigación se construyeron pautas de observación y cuestionarios. Para la etapa de diagnóstico y post intervención se confeccionó la Pauta de Observación de la Entrevista Clínica (véase Anexo III) que utilizó el docente para observar la competencia de entrevista clínica antes y después de la ECOE, y la Escala de Autoeficacia de Entrevista Clínica (véase Anexo II) que contestaron los alumnos antes y después de ECOE, acerca de su percepción sobre su desempeño en la entrevista clínica. Por último, la Encuesta de Satisfacción con la Metodología ECOE (véase Anexo I) que contestaron los estudiantes al

finalizar la intervención. La descripción detallada de cada una de ellas, se entregó en el apartado 3.3 sobre instrumentos de recolección de datos. Los tres instrumentos fueron creados por la autora de la investigación y sometidos, cada uno, a juicio de cinco expertos para mejorar sus índices de validez. No contaron con la aplicación de prueba piloto.

En la etapa de ejecución de la ECOE se utilizaron tres pautas de observación de desempeño (véase Anexo V), que fueron utilizadas por los estudiantes colaboradores de 5° año de Fonoaudiología para observar cada competencia: Pauta de Observación de Anamnesis, Pauta de Observación de Juicio Clínico y Pauta de Observación de Comunicación Efectiva (véase Anexo V). Los tres instrumentos fueron creados por la autora de la investigación y sometidas cada uno a juicio de cinco expertos. No contaron con la aplicación de prueba piloto.



#### **3.4.2.5. Entrenamiento de Pacientes Simulados Estandarizados (PSE)**

La capacitación de los estudiantes de 5° año de Fonoaudiología se realizó en una sesión de cuatro horas cronológicas, en el Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. La fecha de realización de la capacitación fue el 12 de agosto de 2019, cuatro semanas antes de la fecha de realización de la ECOE. Las encargadas de dicha capacitación fueron las docentes a cargo y su tutora. Los alumnos recibieron capacitación sobre la metodología de ECOE, la evaluación a través de pautas de observación (véase Anexo V), la entrega de *feedback* efectivo y el procedimiento de la investigación. Se les presentaron los cuatro casos a representar, uno para la etapa de



diagnóstico y post intervención y tres para la etapa de ECOE. Se les entregó el guion, con las características físicas, psicológico-emocionales, contextuales, socioculturales y sintomatológicas de los pacientes a representar. Además del posible diálogo que sostendrían con el estudiante. Respecto a la simulación de los casos, se enfatizó en la necesidad de representar con igual grado de complejidad las características del paciente, de manera que se logre una representación estandarizada del caso y la posibilidad de que el estudiante enfrente el mismo nivel de complejidad en cada escenario propuesto. La capacitación finalizó con el entrenamiento de los estudiantes en la simulación de los casos. Las docentes a cargo entregaron retroalimentación sobre las actuaciones. Los estudiantes recibieron dos certificados: uno por su participación como ayudantes en la simulación y otro por la capacitación recibida para representar a los PSE.



#### **3.4.2.6. Contenidos y lecturas previas**

La intervención metodológica contempló como estrategia tradicional la entrega de contenidos teóricos previos, a través de las clases presenciales y la lectura de documentos. Para enfrentar la entrevista clínica y sus tres componentes: anamnesis, juicio clínico y comunicación, se abordaron teóricamente contenidos relacionados con el daño neurológico, el desarrollo y envejecimiento cerebral, y la plasticidad cerebral. Este último, elemento clave en la justificación de la terapia fonoaudiológica. Además, se les asignaron tres lecturas previas relacionadas con la afasia y la comunicación con el paciente. Estas lecturas fueron entregadas seis, cuatro y dos semanas antes de la ECOE respectivamente.

### **3.4.3. Etapa de ejecución de la metodología de ECOE formativa**

En la etapa de diagnóstico y de post intervención los estudiantes entrevistaron a un PSE que representaba a un caso de Afasia de Broca. Esta entrevista fue grabada y evaluada, posteriormente, por la docente a cargo de la investigación y la tutora de tesis con la Pauta de Observación de Entrevista Clínica (véase Anexo III). Todos enfrentaron el mismo caso clínico simulado de forma estandarizada. Cada entrevista tuvo una duración de cinco minutos. Además, los estudiantes al terminar la entrevista contestaron la Escala de Autoeficacia en Entrevista Clínica (véase Anexo II), con el fin de autoevaluar su desempeño respecto a la competencia. Este mismo formato de recogida de información se replicó en la etapa de post intervención o post ECOE formativa, para valorar los avances en la competencia de entrevista clínica. En esta última etapa se incluía la Encuesta de Satisfacción sobre la metodología de ECOE (véase Anexo I), que contestaban los estudiantes participantes en la innovación metodológica. Cabe señalar que los estudiantes sólo contaban con el conocimiento teórico revisado en clases y las lecturas previas asignadas por el docente antes de la ECOE. Los alumnos ayudantes trabajaron en grupos de tres en cada una de las cuatro salas. Los estudiantes fueron citados en grupos de cuatro. La docente a cargo, y su alumno ayudante, situaban a cada estudiante frente a una puerta donde tenían que leer las instrucciones pegadas en ella. Al transcurrir 50 segundos, se les entregaba la señal de ingreso a la sala. De ahí contaban con cinco minutos para realizar la entrevista del paciente. Al sonar nuevamente la señal, el estudiante salía de la sala y se dirigía a una quinta sala para contestar la Escala de Autoeficacia en Entrevista Clínica (véase Anexo II). Luego de

ello, los estudiantes quedaban liberados. La actividad tuvo una duración total de dos horas y se llevó a cabo en el horario práctico de la asignatura (miércoles 4 y 26 de septiembre, de 14:00-16:30 horas).

Para la etapa de ejecución de la ECOE formativa, cada estudiante tuvo que pasar por cuatro estaciones de trabajo diferentes. En la primera, debían realizar una anamnesis de un paciente con Afasia de Conducción; en la segunda, establecer una hipótesis diagnóstica de un paciente con Afasia Anómica; en la tercera, enfrentar una situación comunicativa compleja con la madre de un niño con TEA; y en la cuarta y última, debían entregar por escrito la hipótesis diagnóstica de un caso de Afasia Transcortical Sensorial. La observación del desempeño la realizaba un alumno-ayudante con una Pauta de Observación de Desempeño (diferente para cada competencia).

La dinámica de la actividad se resume de la siguiente manera: Las cuatro estaciones fueron ejecutadas de forma paralela en dos espacios diferentes: laboratorios de Fonoaudiología y el Centro de Simulación de la Universidad. La docente a cargo de la investigación coordinó el espacio de laboratorios y la docente guía de tesis coordinó en el Centro de Simulación. Los cuatro estudiantes eran situados frente a una puerta diferente, desde la que debían comenzar a rotar secuencialmente. Allí, comenzaban la lectura de las instrucciones pegadas en la puerta por un tiempo de 50 segundos, luego la coordinadora entregaba la señal para el ingreso a la sala. Desde ese momento, los estudiantes contaban con cuatro minutos para realizar la entrevista del paciente y un minuto para la entrega de la retroalimentación por

parte del observador. Al terminar los cinco minutos, sonaba nuevamente la señal para salir de la sala.

#### **3.4.4. Análisis de resultados y retroalimentación a los participantes**

La sistematización de los datos se llevó a cabo durante el mes de octubre de 2019, en una planilla Excel que contenía los datos de cada estudiante en una sola línea horizontal. Los videos fueron filmados con los teléfonos celulares de los ayudantes y subidos a la plataforma de Google Drive para facilitar su almacenamiento, el acceso posterior y la seguridad.

La retroalimentación a cada estudiante, fue realizada a través de un correo electrónico personal (la contingencia social que enfrentó el país en el mes de octubre no permitió contar con los estudiantes de manera presencial), en el que se informaba al estudiante sobre su desempeño antes y después de la ECOE formativa. Se utilizó para ello una descripción cualitativa para realizar la retroalimentación, una descripción en cuanto a porcentaje de logro en la entrevista clínica, antes y después de la ECOE, y sugerencias de mejora para entrevistas futuras.

La metodología presentada tuvo una duración de cuatro meses aproximadamente, la que incluyó material de lectura previo, presentación de la actividad, preparación de materiales y ejecución de la misma. Específicamente, entre los meses de julio y diciembre de 2019, se trabajó de la siguiente manera: cuatro semanas de formulación del proyecto, cuatro

semanas de preparación, tres semanas de ejecución: una para diagnóstico, una para intervención y una semana para post intervención.

### **3.5. Análisis de los datos**

En primer lugar, se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables de la muestra. Para esto, se llevó a cabo un análisis de frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas (p.e. sexo). En el caso de las variables numéricas (p.e. edad), se realizó un análisis de su media, desviación estándar, mínimo y máximo.

Para los Cuestionarios de Autoeficacia en Entrevista clínica, Satisfacción y Pautas de Observación; en primer lugar, se calculó el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna de sus factores. Posteriormente, los puntajes fueron descritos en términos de su media, desviación estándar, mínimo y máximo.

Para comparar los resultados antes y después de la intervención con la metodología de ECOE formativa, se utilizó una prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas dado que no se cumplió con los supuestos de las pruebas paramétricas.

### **3.6. Consideraciones éticas**

La participación de los estudiantes en las tres etapas de la investigación fue considerada confidencial, libre y voluntaria.

Los estudiantes fueron invitados a participar de un proceso de consentimiento informado en el que se les informó sobre los propósitos de la investigación, las características de la

participación solicitada, el tiempo aproximado que esta demandaba y su derecho a recibir individualmente un resumen de los resultados del estudio a finales de noviembre de 2019, período de finalización del segundo semestre 2019. El proceso de consentimiento informado culminó con la firma del formulario de consentimiento informado. Todos los estudiantes recibieron dos copias del formulario: una para entregar firmada al equipo investigador y la otra para actuar como respaldo para el participante sobre el compromiso de los investigadores.

Entre los beneficios informados a los estudiantes, se les destacó la posibilidad de practicar en un ambiente seguro, controlado y guiado la competencia de entrevista clínica; sin perjuicio de cometer errores diagnósticos y/o terapéuticos, que pudieran dañar a los usuarios y/o familiares.

Por su parte, las posibles desventajas de su participación consistían en la posibilidad de experimentar ansiedad y nerviosismo frente a la actividad por la escasa experiencia en entrevista clínica.

Las estrategias de control seleccionadas fueron la entrega de retroalimentación individual y confidencial de los desempeños a cada estudiante, y la difusión de los resultados de la investigación. En concreto, para retribuir la participación de los estudiantes, se planteó la realización de jornadas de difusión de resultados a las que los participantes estuviesen directamente invitados, pero igualmente abiertas al público universitario en general. Por último, todos los miembros del equipo que participasen en la recolección y registro de datos (digitación, transcripción), incluyendo a los investigadores, debían firmar un acuerdo de

confidencialidad y tratamiento responsable de la información recogida. Cabe señalar que todos los participantes podrían acceder a los resultados del estudio cuando lo estimaran conveniente; y que, además, podrían recibir de forma individual un resumen de los resultados del estudio y de su desempeño particular en la actividad. Dicho resumen fue entregado a finales de noviembre de 2019, período en que finalizó el segundo semestre 2019.

Por último, la investigación presentó un trato equitativo de la población, ya que no se abusó de ningún grupo vulnerable.

Los participantes pudieron comunicarse con la investigadora responsable Victoria Aguilar Fuentealba, al correo electrónico [viaguilar13@gmail.com](mailto:viaguilar13@gmail.com) o con la Presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de la Universidad de Concepción, Dra. Isabel Cottin Carrazana al correo electrónico [cecmedicina@udec.cl](mailto:cecmedicina@udec.cl); y también con el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

## IV. RESULTADOS

En primer lugar, al calificar los desempeños en el pretest de los 17 estudiantes, se encontró que en la competencia de Anamnesis (ítems 1 al 5) el mejor nivel de logro de los alumnos se encontró en el ítem 2 (“Logra recabar datos de identificación: nombre, edad, actividad”) con un 53% de alumnos calificados como “Logrado”, según el evaluador 1. Mientras que para el evaluador 2, el mayor nivel de logro estuvo en el ítem 1 (“Realiza preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta”) con un 65% de estudiantes calificados como Logrado.

En el caso de la competencia de Juicio clínico (ítems del 6 al 9), según el evaluador 1, el mejor desempeño estuvo en el ítem 7 (“Entrega una hipótesis diagnóstica general al usuario”) con un 24% de estudiantes calificados como Logrado. En tanto que el mayor porcentaje de estudiantes calificados como Logrado, por el evaluador 2, estuvo en el ítem 6 (“Realiza alguna tarea informal para evaluar el lenguaje y la comunicación”) con un 76%.

En la competencia de Comunicación (ítems del 10 al 16), ambos evaluadores calificaron mejor el ítem 11 (“Utiliza un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario”) con un 88% de los estudiantes en el nivel de Logrado. Aunque el evaluador 2 le calificó como Logrado al mismo porcentaje en el ítem 13 (“Pregunta y responde oportunamente cuando el intercambio lo requiere”), Tabla 1.



**Tabla 1. Desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica evaluado por los docentes en el pre test.**

	Evaluador 1						Evaluador 2					
	No logrado		Medianamente logrado		Logrado		No logrado		Medianamente logrado		Logrado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Realiza preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta	9	53%	0	0%	8	47%	4	24%	2	12%	11	65%
2. Logra recabar datos de identificación: nombre, edad, actividad	5	29%	3	18%	9	53%	2	12%	7	41%	8	47%
3. Logra recabar información personal: familiar, social, psicológica	10	59%	7	41%	0	0%	6	35%	7	41%	4	24%
4. Pregunta por antecedentes mórbidos relevantes: personales y familiares	14	82%	2	12%	1	6%	10	59%	2	12%	5	29%
5. Logra recabar información acerca del inicio y estado actual del cuadro	8	47%	5	29%	4	24%	3	18%	6	35%	8	47%
6. Realiza alguna tarea informal para evaluar el lenguaje y la comunicación	15	88%	2	12%	0	0%	3	18%	1	6%	13	76%
7. Entrega una hipótesis diagnóstica general al usuario	7	41%	6	35%	4	24%	9	53%	6	35%	2	12%
8. Explica la hipótesis diagnóstica al usuario	8	47%	7	41%	2	12%	11	65%	3	18%	3	18%
9. Orienta al usuario sobre la posibilidades terapéuticas	4	24%	12	71%	1	6%	8	47%	5	29%	4	24%
10. Respeta aspectos formales: saludo, presentación, despedida	3	18%	11	65%	3	18%	2	12%	13	76%	2	12%
11. Utiliza un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario	2	12%	2	12%	13	76%	1	6%	1	6%	15	88%
12. Expresa sus ideas de forma clara y ordenada	5	29%	9	53%	3	18%	1	6%	5	29%	11	65%
13. Pregunta y responde oportunamente cuando el intercambio lo requiere	2	12%	3	18%	12	71%	2	12%	0	0%	15	88%
14. Utiliza recursos no verbales para generar un ambiente de respeto: contacto ocular, expresión facial, postura corporal, prosodia, turnos conversacionales	2	12%	7	41%	8	47%	2	12%	1	6%	14	82%
15. Sintetiza la información entregada al usuario	17	100%	0	0%	0	0%	15	88%	1	6%	1	6%
16. Pregunta al usuario si tiene alguna duda	17	100%	0	0%	0	0%	16	94%	0	0%	1	6%

Fuente: Elaboración propia.

Al evaluar los niveles de acuerdo entre los dos docentes evaluadores durante el pretest, es posible observar que estos coincidieron en sus evaluaciones entre un 17,65% (ítem 11 “Utiliza un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario”) y un 100% de las veces (ítem 15 “Sintetiza la información entregada al usuario” y 16 “Pregunta al usuario si tiene alguna duda”). Luego, al emplear el coeficiente Kappa de Cohen para descontar el acuerdo esperable por azar, se encontró que el acuerdo fluctuaba entre  $\kappa \leq 0,01$  y  $\kappa = 1,00$ , siendo nuevamente el ítem 11 el de acuerdo más bajo y los ítems 15 y 16 los de acuerdo más alto.

Para interpretar los puntajes, se usaron los siguientes tramos sugeridos por Cohen:

**Tabla 2. Tramos de interpretabilidad del coeficiente Kappa de Cohen.**

$\kappa$	Grado de acuerdo
< 0,00	Sin Acuerdo
> 0,00 - 0,20	Insignificante
0,21 - 0,40	Discreto
> 0,40 - 0,60	Moderado
0,61 - 0,80	Sustancial
0,81 - 1,00	Casi Perfecto

Fuente: Elaboración propia.

Es posible ver que hay ausencia de acuerdo en los ítems 7 y 10; acuerdo insignificante en los ítems 1, 6, 8, 9 y 12; acuerdo discreto en los ítems 2, 3, 5, 11 y 13; acuerdo sustancial en el ítem 14 y acuerdos casi perfectos en los ítems 4, 15 y 16 (Tabla 3).

**Tabla 3. Niveles de acuerdo entre los dos docentes evaluadores sobre el desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica en el pre test.**

	% de acuerdos	κ de Cohen
1. Realiza preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta.	52,94	0,19
2. Logra recabar datos de identificación: nombre, edad, actividad.	58,82	0,36
3. Logra recabar información personal: familiar, social, psicológica.	67,71	0,30
4. Pregunta por antecedentes mórbidos relevantes: personales y familiares.	94,12	0,83
5. Logra recabar información acerca del inicio y estado actual del cuadro.	47,06	0,21
6. Realiza alguna tarea informal para evaluar el lenguaje y la comunicación.	64,71	0,05
7. Entrega una hipótesis diagnóstica general al usuario.	35,29	< 0,01
8. Explica la hipótesis diagnóstica al usuario.	41,18	0,01
9. Orienta al usuario sobre las posibilidades terapéuticas.	35,29	0,20
10. Respeta aspectos formales: saludo, presentación, despedida.	17,65	< 0,01
11. Utiliza un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario.	76,47	0,24
12. Expresa sus ideas de forma clara y ordenada.	41,18	0,13
13. Pregunta y responde oportunamente cuando el intercambio lo requiere.	52,94	0,32
14. Utiliza recursos no verbales para generar un ambiente de respeto: contacto ocular, expresión facial, postura corporal, prosodia, turnos conversacionales.	76,47	0,62
15. Sintetiza la información entregada al usuario.	100,00	1,00
16. Pregunta al usuario si tiene alguna duda.	100,00	1,00

Fuente: Elaboración propia.

En el postest, al calificar los desempeños de los estudiantes en la competencia de Anamnesis, ambos evaluadores asignaron el mayor porcentaje de calificaciones como Logrado en el ítem 1 (“Realiza preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta”), siendo este de un 82% en el caso del evaluador 1 y de un 100% en el caso del evaluador 2.

En la competencia de Juicio Clínico, el evaluador 1 asignó el mayor porcentaje de Logrados en el ítem 8 (“Explica la hipótesis diagnóstica al usuario”), calificando así a un 59% de los estudiantes. En tanto que el evaluador 2 hizo lo mismo en el ítem 9 (“Orienta al usuario sobre las posibilidades terapéuticas”), alcanzando un 76%.

Y en la competencia de Comunicación, ambos evaluadores calificaron a todos los alumnos como Logrado en el ítem 10 (“Respeto aspectos formales: saludo, presentación, despedida”), Tabla 4.



**Tabla 4. Desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica evaluado por los docentes en el postest.**

	Evaluador 1						Evaluador 2					
	No logrado		Medianamente logrado		Logrado		No logrado		Medianamente logrado		Logrado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Realiza preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta	1	6%	2	12%	14	82%	0	0%	0	0%	17	100%
2. Logra recabar datos de identificación: nombre, edad, actividad	2	12%	7	41%	8	47%	0	0%	2	12%	15	88%
3. Logra recabar información personal: familiar, social, psicológica	10	59%	6	35%	1	6%	4	24%	5	29%	8	47%
4. Pregunta por antecedentes mórbidos relevantes: personales y familiares	13	76%	2	12%	2	12%	5	29%	6	35%	6	35%
5. Logra recabar información acerca del inicio y estado actual del cuadro	5	29%	7	41%	5	29%	2	12%	4	24%	11	65%
6. Realiza alguna tarea informal para evaluar el lenguaje y la comunicación	12	71%	1	6%	4	24%	5	29%	2	12%	10	59%
7. Entrega una hipótesis diagnóstica general al usuario	9	53%	5	29%	3	18%	7	41%	3	18%	7	41%
8. Explica la hipótesis diagnóstica al usuario	13	76%	1	6%	3	18%	10	59%	3	18%	4	24%
9. Orienta al usuario sobre la posibilidades terapéuticas	5	29%	2	12%	10	59%	3	18%	1	6%	13	76%
10. Respetar aspectos formales: saludo, presentación, despedida	0	0%	0	0%	17	100%	0	0%	0	0%	17	100%
11. Utiliza un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario	0	0%	2	12%	15	88%	0	0%	1	6%	16	94%
12. Expresa sus ideas de forma clara y ordenada	3	18%	6	35%	8	47%	1	6%	4	24%	12	71%
13. Pregunta y responde oportunamente cuando el intercambio lo requiere	6	35%	6	35%	5	29%	2	12%	4	24%	11	65%
14. Utiliza recursos no verbales para generar un ambiente de respeto: contacto ocular, expresión facial, postura corporal, prosodia, turnos conversacionales	3	18%	7	41%	7	41%	1	6%	3	18%	13	76%
15. Sintetiza la información entregada al usuario	17	100%	0	0%	0	0%	15	88%	1	6%	1	6%
16. Pregunta al usuario si tiene alguna duda	17	100%	0	0%	0	0%	16	94%	0	0%	1	6%

Fuente: Elaboración propia.

En el posttest, cuando se analizaron los niveles de acuerdo entre los dos docentes evaluadores se encontró que estos coincidieron en sus calificaciones entre un 11,76% (ítem 10 “Respeto aspectos formales: saludo, presentación, despedida”) y un 88,24% de las ocasiones (ítems 11 “Utiliza un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario”, 15 “Sintetiza la información entregada al usuario” y 16 “Pregunta al usuario si tiene alguna duda”). Para descontar el nivel de acuerdo esperable por azar se aplicó el coeficiente Kappa de Cohen, obteniéndose el mayor de éstos en el ítem 12 (“Expresa sus ideas de forma clara y ordenada”) y el menor de éstos en los ítems 1 (“Realiza preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta”), 10 (“Respeto aspectos formales: saludo, presentación, despedida”) y 16 (“Pregunta al usuario si tiene alguna duda”).

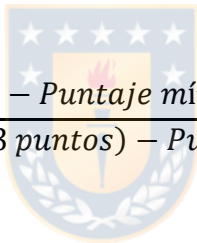
Según los tramos de interpretabilidad propuestos por Cohen, es posible ver que hay ausencia de acuerdo en los ítems 1, 10 y 16; acuerdo insignificante en los ítems 2, 7 y 9; acuerdo discreto en los ítems 3, 4, 5, 11, 14 y 15; acuerdo moderado en los ítems 6, 8 y 13 y acuerdo sustancial en el ítem 12 (Tabla 5).

**Tabla 5. Niveles de acuerdo entre los dos docentes evaluadores sobre el desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica en el postest.**

	<b>% de acuerdos</b>	<b>k de Cohen</b>
1. Realiza preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta	64,71	< 0,01
2. Logra recabar datos de identificación: nombre, edad, actividad	52,94	0,12
3. Logra recabar información personal: familiar, social, psicológica	58,82	0,40
4. Pregunta por antecedentes mórbidos relevantes: personales y familiares	47,06	0,22
5. Logra recabar información acerca del inicio y estado actual del cuadro	58,82	0,30
6. Realiza alguna tarea informal para evaluar el lenguaje y la comunicación	76,47	0,52
7. Entrega una hipótesis diagnóstica general al usuario	35,29	0,04
8. Explica la hipótesis diagnóstica al usuario	70,59	0,46
9. Orienta al usuario sobre la posibilidades terapéuticas	35,29	0,10
10. Respeta aspectos formales: saludo, presentación, despedida	11,76	< 0,01
11. Utiliza un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario	88,24	0,29
12. Expresa sus ideas de forma clara y ordenada	82,35	0,63
13. Pregunta y responde oportunamente cuando el intercambio lo requiere	76,47	0,43
14. Utiliza recursos no verbales para generar un ambiente de respeto: contacto ocular, expresión facial, postura corporal, prosodia, turnos conversacionales	76,47	0,33
15. Sintetiza la información entregada al usuario	88,24	0,45
16. Pregunta al usuario si tiene alguna duda	88,24	< 0,01

Fuente: Elaboración propia.

Debido al bajo nivel de acuerdo observado entre los evaluadores, tanto en el pre como en el postest, se decidió realizar un análisis descriptivo por separado de las evaluaciones de los dos docentes. En las Tablas 6 y 7 se observan sus evaluaciones en el pre y el postest, calculando el desempeño promedio en cada una de las competencias evaluadas. Para calcular el puntaje de cada competencia, se calculó la media aritmética los puntajes de cada uno de los indicadores, de forma en que los puntajes oscilaron entre 1 y 3 puntos. Adicionalmente, para facilitar su interpretabilidad, se calculó un coeficiente porcentual para evaluar el porcentaje de logro en cada indicador. Este porcentaje de logro se calculó de la siguiente forma:


$$\% = \frac{\text{Puntaje obtenido} - \text{Puntaje mínimo posible (1 punto)}}{\text{Puntaje máximo posible (3 puntos)} - \text{Puntaje mínimo posible (1 punto)}}$$

De esta forma se puede observar que, en el pretest, para el evaluador 1 el mejor desempeño se encontró en Comunicación (45,5%); mientras que para el evaluador 2 el mejor desempeño estuvo en Anamnesis (49,5%). Ambos coincidieron en que el peor desempeño estaba en “Juicio clínico” (30,0% y 36,0%, respectivamente), Tabla 6.



**Tabla 6. Estadísticos descriptivos del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el pretest del proceso de entrevista clínica según docentes.**

	Escala	$\alpha$	M	DE	Mín	Máx	%
Evaluador 1	Anamnesis	0,62	1,72	0,38	1,00	2,20	36,0
	Juicio clínico	0,65	1,60	0,42	1,00	2,50	30,0
	Comunicación	0,89	1,91	0,40	1,00	2,33	45,5
Evaluador 2	Anamnesis	0,61	1,99	0,38	1,40	2,60	49,5
	Juicio clínico	0,71	1,72	0,51	1,00	2,50	36,0
	Comunicación	0,76	1,89	0,38	1,17	2,33	44,5

N= 17

Fuente: Elaboración propia.

En tanto, en el postest, se puede observar que nuevamente el evaluador 1 consideró que el mejor desempeño se ubicaba en la competencia de Comunicación (60,0%); mientras que el evaluador 2 calificó mejor Anamnesis (77,0%). De igual forma, ambos evaluadores coincidieron en que el peor desempeño se observaba en Juicio clínico (43,5% y 56,5%, respectivamente).

**Tabla 7. Estadísticos descriptivos del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología durante el postest del proceso de entrevista clínica según docentes.**

	Escala	$\alpha$	M	DE	Mín	Máx	%
Evaluador 1	Anamnesis	0,60	2,13	0,37	1,40	2,80	56,5
	Juicio clínico	0,62	1,87	0,41	1,50	2,50	43,5
	Comunicación	0,76	2,20	0,38	1,00	2,67	60,0
Evaluador 2	Anamnesis	0,65	2,54	0,32	2,00	3,00	77,0
	Juicio clínico	0,71	2,13	0,64	1,00	3,00	56,5
	Comunicación	0,80	2,19	0,39	1,17	3,00	59,5

N= 17

Fuente: Elaboración propia.

Aunque en todos los casos la evaluación de los desempeños fue mayor en el postest que en el pretest, para identificar si estas diferencias eran estadísticamente significativas se utilizó la prueba de Wilcoxon, encontrándose que para ambos evaluadores el aumento de los desempeños fue estadísticamente significativo en el caso de Anamnesis y Comunicación, (Tabla 8). Igualmente, la mejora en el desempeño calificado por ambos evaluadores no alcanzó un mejoramiento estadísticamente significativo en Juicio clínico, aunque la probabilidad de error tipo I ( $p$ ) se ubicó muy cercano al umbral ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 8. Comparación entre el desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en el pre y postest del proceso de entrevista clínica según evaluador.**

	Escala	Z	p
Evaluador 1	Anamnesis	-3,416	< 0,001***
	Juicio clínico	-1,745	0,081
	Comunicación	-3,418	< 0,001***
Evaluador 2	Anamnesis	-3,602	< 0,001***
	Juicio clínico	-1,949	0,051
	Comunicación	-3,209	0,001**

N= 17; \*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$

Fuente: Elaboración propia.

Al evaluar el desempeño de los estudiantes en la estación 1 de la ECOE, referida a “Anamnesis”, se encontraron los mejores desempeños en los ítems 1 (“Saluda al usuario”) y 2 (“Se presenta ante el usuario”) donde el 100% logró hacerlo. Por el contrario, en los ítems 14 (“Pregunta por antecedentes lingüístico-comunicativos familiares”) y 23 (“Pregunta al usuario si tiene dudas”) ninguno logró realizar lo esperado (Tabla 9).

**Tabla 9. Descriptivo del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en la estación 1 “Anamnesis” de la ECOE.**

	No		Sí	
	n	%	n	%
1. Saluda al usuario	0	,0%	17	100,0%
2. Se presenta ante el usuario	0	,0%	17	100,0%
3. Explica el objetivo de la sesión al usuario	10	71,4%	4	28,6%
4. Pregunta por el motivo de consulta al usuario	3	18,8%	13	81,3%
5. Le pregunta el nombre al usuario	1	5,9%	16	94,1%
6. Le pregunta la edad al usuario	2	11,8%	15	88,2%
7. Pregunta por la actividad u ocupación del usuario	3	17,6%	14	82,4%
8. Le pregunta la escolaridad al usuario	7	43,8%	9	56,3%
9. Pregunta por red de apoyo familiar (grupo familiar)	9	52,9%	8	47,1%
10. Pregunta por actividades de recreación	16	94,1%	1	5,9%
11. Pregunta por estado emocional previo	16	94,1%	1	5,9%
12. Pregunta por características de personalidad previa	16	94,1%	1	5,9%
13. Pregunta por antecedentes lingüístico-comunicativos personales	16	94,1%	1	5,9%
14. Pregunta por antecedentes lingüístico-comunicativos familiares	17	100,0%	0	,0%
15. Pregunta por antecedentes mórbidos personales	10	58,8%	7	41,2%
16. Pregunta por antecedentes mórbidos familiares	15	88,2%	2	11,8%
17. Pregunta por el inicio de los síntomas	7	41,2%	10	58,8%
18. Pregunta por la evolución de los síntomas	14	82,4%	3	17,6%
19. Pregunta por el estado actual de los síntomas	13	76,5%	4	23,5%
20. Pregunta por antecedentes terapéuticos previos	12	70,6%	5	29,4%
21. Pregunta por las expectativas de recuperación	15	93,8%	1	6,3%
22. Sintetiza la información obtenida en la entrevista	12	70,6%	5	29,4%
23. Pregunta al usuario si tiene dudas	16	100,0%	0	,0%
24. Se despide del usuario	16	94,1%	1	5,9%

Fuente: Elaboración propia.

En la estación 2, sobre “Juicio clínico”, el mejor desempeño estuvo en el ítem 6 (“Solicita la descripción de la lámina 1 del test de Boston”) que fue logrado por un 88,2% de los estudiantes; mientras que los peores desempeños estuvieron en los ítems 10 (“Explica la hipótesis diagnóstica al usuario”) y 12 (“Deriva al usuario a otros profesionales en caso de ser necesario”) que no fueron logrados por ninguno de ellos (Tabla 10).

**Tabla 10. Descriptivo del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en la estación 2 “Juicio clínico” de la ECOE.**

	No		Sí	
	n	%	n	%
1. Saluda al usuario	4	23,5%	13	76,5%
2. Se presenta nuevamente al usuario para contextualizar la situación	8	47,1%	9	52,9%
3. Explica el objetivo de la sesión al usuario	16	94,1%	1	5,9%
4. Pregunta al usuario por su estado actual ¿Cómo ha estado?	8	47,1%	9	52,9%
5. Solicita nombrar objetos: 5 como mínimo.	12	70,6%	5	29,4%
6. Solicita la descripción de la lámina 1 del test de Boston	2	11,8%	15	88,2%
7. Solicita el seguimiento de instrucciones: 5 como mínimo.	15	88,2%	2	11,8%
8. Solicita la repetición de estímulos: 5 como mínimo.	13	76,5%	4	23,5%
9. Entrega una hipótesis diagnóstica general al usuario	15	88,2%	2	11,8%
10. Explica la hipótesis diagnóstica al usuario	17	100,0%	0	,0%
11. Orienta sobre las posibilidades terapéuticas al usuario	13	76,5%	4	23,5%
12. Deriva al usuario a otros profesionales en caso de ser necesario	17	100,0%	0	,0%
13. Sintetiza la información obtenida durante la sesión	16	94,1%	1	5,9%
14. Explica al usuario las reales expectativas de recuperación	16	94,1%	1	5,9%
15. Pregunta al usuario si tiene dudas	16	94,1%	1	5,9%
16. Se despide del usuario	16	94,1%	1	5,9%

Fuente: Elaboración propia.

En tanto en la estación 3, sobre “Comunicación”, el mejor desempeño estuvo en los ítems 10 (“Respeto turnos de conversación”), 18 (“Utiliza movimientos de manos para acompañar la producción verbal”) y 21 (“Regula la intensidad vocal de acuerdo al contexto (volumen)”) logrados por el 100% de los estudiantes. Por el contrario, el menor nivel de logro estuvo en el ítem 14 (“Pregunta al usuario si tiene dudas”), logrado sólo por el 23,5% de los alumnos (Tabla 11).

**Tabla 11. Descriptivo del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en la estación 3 “Comunicación” de la ECOE.**

	No		Sí	
	n	%	n	%
1. Saluda al usuario	2	11,8%	15	88,2%
2. Se presenta ante el usuario	3	17,6%	14	82,4%
3. Explica el objetivo de la sesión al usuario	11	64,7%	6	35,3%
4. Pregunta por el motivo de consulta al usuario	2	11,8%	15	88,2%
5. Pregunta por la evolución de los síntomas	10	58,8%	7	41,2%
6. Formula preguntas para aclarar información difusa	9	52,9%	8	47,1%
7. Facilita verbalmente la progresión de los temas	3	17,6%	14	82,4%
8. Utiliza un vocabulario acorde al contexto educacional del usuario	3	17,6%	14	82,4%
9. Expresa sus ideas de forma ordenada	1	5,9%	16	94,1%
10. Respeto turnos de conversación	0	0%	17	100,0%
11. Entrega la cantidad justa de información que el intercambio requiere	5	29,4%	12	70,6%
12. Sintetiza la información entregada por el usuario	3	17,6%	14	82,4%
13. Enfatiza en los elementos más importantes de la síntesis	2	11,8%	15	88,2%
14. Pregunta al usuario si tiene dudas	13	76,5%	4	23,5%
15. Se despide del usuario	12	70,6%	5	29,4%
16. Mantiene contacto ocular con el usuario	5	29,4%	12	70,6%
17. Utiliza gestos faciales para apoyar la producción verbal	1	6,3%	15	93,8%

18. Utiliza movimientos de manos para acompañar la producción verbal	0	,0%	17	100,0%
19. Utiliza una postura corporal acorde a la situación comunicativa	2	11,8%	15	88,2%
20. Articula con precisión las palabras	3	17,6%	14	82,4%
21. Regula la intensidad vocal de acuerdo al contexto (volumen)	0	,0%	17	100,0%
22. Utiliza la melodía y el ritmo al hablar (prosodia)	2	11,8%	15	88,2%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la última estación, sobre “Juicio clínico”, el mejor desempeño se obtuvo respecto al concepto de “Afasia”, donde el 94,1% de los alumnos tuvo éxito; mientras que en el concepto “Sensorial” sólo el 5,9% logró acertar (Tabla 12).



**Tabla 12. Descriptivo del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en la estación 4 “Juicio clínico” de la ECOE.**

	No		Sí	
	n	%	n	%
Afasia	1	5,9%	16	94,1%
Transcortical	11	64,7%	6	35,3%
Sensorial	16	94,1%	1	5,9%

Fuente: Elaboración propia.

Al evaluar la confiabilidad de las estaciones, se observó que estas fluctuaron entre  $\alpha = 0,40$  en la estación 4 y  $\alpha = 0,74$  en la estación 3. Dado que en el caso de la estación 4 la confiabilidad fue muy baja e inaceptable para análisis posteriores, se decidió no calcular el puntaje de la misma. Esto sí se pudo realizar en las otras dos estaciones, donde además se calculó un porcentaje de logro multiplicando el promedio de desempeño (que fluctuaba entre 0 y 1) por 100.

De esta forma, se puede observar que el mejor desempeño se obtuvo en la estación 3 y el peor desempeño en la estación 2 (Tabla 13).

**Tabla 13. Estadísticos descriptivos del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en las estaciones de la ECOE formativa.**

Estación	Tema	$\alpha$	M	DE	Mín	Máx	%
Estación 1	Anamnesis	0,58	0,39	0,09	0,21	0,58	38,68
Estación 2	Juicio clínico	0,60	0,25	0,12	0	0,44	25,00
Estación 3	Comunicación	0,74	0,75	0,15	0,52	1,00	75,27
Estación 4	Juicio clínico	0,40	-	-	-	-	-

N= 17

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la autoeficacia reportada por los estudiantes en la realización de la entrevista clínica, en el caso de la Anamnesis, lo mejor evaluado por los alumnos en el pre y en el postest fue el ítem 2 (“Logré recabar datos de identificación: nombre, edad, actividad”), que subió de un 59% de niveles de autoeficacia “Logrado” a un 82%.

En el caso de Juicio clínico, lo mejor evaluado por los alumnos en el pretest fue el ítem 7 (“Entregué una hipótesis diagnóstica general al usuario”) donde un 35% consideró que lo había logrado completamente, porcentaje que bajó a un 24% en el postest. En esta segunda medición, en tanto, lo mejor evaluado fue el ítem 6 (“Realicé alguna tarea informal para evaluar el lenguaje y la comunicación”) que alcanzó un 65% de alumnos que consideraban que lo habían logrado, aunque sólo un 18% lo había calificado así en el pretest.

Finalmente, en el caso de Comunicación, los alumnos consideraron que su mayor nivel de logro en el pretest había estado en el ítem 11 (“Utilicé un vocabulario acorde a la edad y

nivel educacional del usuario”), donde un 76% consideró haberlo logrado cabalmente. Este porcentaje se mantuvo en el postest, aunque en esa ocasión lo mejor evaluado fue el ítem 10 (“Respeté aspectos formales: saludo, presentación, despedida”); que los alumnos consideraban haber logrado en un 82% de los casos, aunque sólo lo habían hecho en un 41% de los casos en el pretest.





**Tabla 14. Autoeficacia reportada por los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica.**

	Pre test						Post test					
	No logrado		Medianamente logrado		Logrado		No logrado		Medianamente logrado		Logrado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Logré realizar preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta	1	6%	13	76%	3	18%	2	12%	4	24%	11	65%
2. Logré recabar datos de identificación: nombre, edad, actividad	1	6%	6	35%	10	59%	0	0%	3	18%	14	82%
3. Logré recabar información personal: familiar, social, psicológica	5	29%	8	47%	4	24%	1	6%	5	29%	11	65%
4. Pregunté por antecedentes mórbidos relevantes: personales y familiares	7	41%	5	29%	5	29%	3	18%	8	47%	6	35%
5. Logré recabar información acerca del inicio y estado actual del cuadro	3	18%	8	47%	6	35%	2	12%	10	59%	5	29%
6. Realicé alguna tarea informal para evaluar el lenguaje y la comunicación	4	24%	10	59%	3	18%	1	6%	5	29%	11	65%
7. Entregué una hipótesis diagnóstica general al usuario	5	29%	6	35%	6	35%	8	47%	5	29%	4	24%
8. Expliqué la hipótesis diagnóstica al usuario anamnesis	7	41%	7	41%	3	18%	13	76%	0	0%	4	24%
9. Orienté al usuario sobre la posibilidades terapéuticas	6	35%	7	41%	4	24%	6	35%	7	41%	4	24%
10. Respeté aspectos formales: saludo, presentación, despedida	3	18%	7	41%	7	41%	0	0%	3	18%	14	82%
11. Utilicé un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario	3	18%	1	6%	13	76%	0	0%	4	24%	13	76%
12. Expresé mis ideas de forma clara y ordenada	4	24%	8	47%	5	29%	2	12%	8	47%	7	41%
13. Logré preguntar y responder oportunamente durante el intercambio	3	18%	10	59%	4	24%	1	6%	10	59%	6	35%
14. Utilicé recursos no verbales para generar un ambiente de respeto: contacto ocular, expresión facial, postura corporal, prosodia, turnos conversacionales.	3	18%	3	18%	11	65%	0	0%	6	35%	11	65%
15. Sinteticé la información entregada al usuario	6	35%	10	59%	1	6%	7	41%	10	59%	0	0%
16. Pregunté al usuario si tenía alguna pregunta	14	82%	3	18%	0	0%	12	71%	4	24%	1	6%

Fuente: Elaboración propia.

Al evaluar la confiabilidad de la escala de autoeficacia en las evaluaciones pre y post test, se encontró que la escala de Comunicación –aunque tenía una confiabilidad calificable como buena<sup>64</sup>– en el pretest siendo de  $\alpha=0,83$ , ésta descendía a  $\alpha=0,59$  en el postest, lo que es calificable como una confiabilidad pobre. Debido a esto, se decidió eliminar el ítem 1 (“Respeto aspectos formales: saludo, presentación, despedida”) y calcular el puntaje considerando sólo los ítems restantes del factor. Los resultados se exhiben en la Tabla 15.

**Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la autoeficacia reportada por los estudiantes de Fonoaudiología durante el proceso de entrevista clínica.**

	Escala	$\alpha$	M	DE	Mín	Máx	%	Z	p
Anamnesis	Pretest	0,67	2,13	0,46	1,00	2,80	56,5	-2,791	0,005**
	Postest	0,60	2,45	0,38	1,80	3,00	72,5		
Juicio Clínico	Pretest	0,61	1,91	0,51	1,00	2,75	45,5	-0,335	0,738
	Postest	0,68	1,93	0,56	1,00	2,75	46,5		
Comunicación <sup>1</sup>	Pretest	0,83	2,29	0,61	1,00	3,00	64,5	-2,03	0,043*
	Postest	0,75	2,50	0,42	1,50	3,00	75,0		

N= 17; <sup>1</sup> sin considerar ítem 1; \*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$  Fuente: Elaboración propia.

Como último paso, se evaluó la relación entre las calificaciones de los dos docentes evaluadores y la autoeficacia de los estudiantes, empleando el coeficiente rho de Spearman. Al hacerlo, se encontró que la autoeficacia de los estudiantes en la competencia de Anamnesis se correlacionó en el pretest sólo con la calificación del evaluador 1 ( $\rho=0,62$ ;  $p < 0,01$ ); mientras que en el postest se relacionó con la evaluación de ambos calificadores ( $\rho=0,72$ ;  $p < 0,01$  para el evaluador 1 y  $\rho=0,62$ ;  $p < 0,01$  para el evaluador 2), Tabla 16.

**Tabla 16. Correlación de Spearman entre la autoeficacia percibida por el estudiante en la competencia de Anamnesis y las calificaciones de los dos docentes evaluadores.**

		Pretest			Posttest		
		Auto-eficacia	Eval. 1	Eval. 2	Auto-eficacia	Eval. 1	Eval. 2
Pretest	Autoeficacia	-					
	Evaluador 1	0,62**	-				
	Evaluador 2	0,19	0,26	-			
Posttest	Autoeficacia	0,53*	0,51*	0,13	-		
	Evaluador 1	0,60*	0,45*	0,28	0,72**	-	
	Evaluador 2	0,56*	0,16	0,48*	0,41*	0,64**	-

N= 17; \*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de la competencia de Juicio clínico, la autoeficacia de los estudiantes se asoció significativamente a la percepción de ambos evaluadores tanto en el pretest como en el posttest (Tabla 17).



**Tabla 17. Correlación de Spearman entre la autoeficacia percibida por el estudiante en la competencia de Juicio clínico y las calificaciones de los dos docentes evaluadores.**

		Pretest			Posttest		
		Auto-eficacia	Eval. 1	Eval. 2	Auto-eficacia	Eval. 1	Eval. 2
Pretest	Autoeficacia	-					
	Evaluador 1	0,54*	-				
	Evaluador 2	0,46*	0,19	-			
Posttest	Autoeficacia	0,23	0,11	0,04	-		
	Evaluador 1	0,18	0,06	0,31	0,67**	-	
	Evaluador 2	0,11	0,03	0,11	0,70**	0,56*	-

N= 17; \*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$

Fuente: Elaboración propia.

Y en el caso de la competencia de comunicación, la autoeficacia de los alumnos se asoció a las calificaciones de ambos evaluadores en el pretest ( $\rho=0,63$ ;  $p < 0,01$  para el evaluador 1 y  $\rho=0,53$ ;  $p < 0,05$  para el evaluador 2), aunque sólo se asoció significativamente a la del evaluador 1 en el posttest ( $\rho=0,53$ ;  $p < 0,01$ ), Tabla 18.

**Tabla 18. Correlación de Spearman entre la autoeficacia percibida por el estudiante en la competencia de Comunicación y las calificaciones de los dos docentes evaluadores.**

		Pretest			Posttest		
		Auto- eficacia	Eval. 1	Eval. 2	Auto- eficacia	Eval. 1	Eval. 2
	Autoeficacia	-					
Pretest	Evaluador 1	0,63**	-				
	Evaluador 2	0,53*	0,71**	-			
	Autoeficacia	0,75***	0,65**	0,52*	-		
Posttest	Evaluador 1	0,54*	0,69**	0,69**	0,53*	-	
	Evaluador 2	0,39	0,53*	0,62**	0,35	0,77***	-

N= 17; \*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la satisfacción reportada por los estudiantes, se observó que 16 (94,1%) de ellos reportó considerarla beneficiosa para su formación personal, coherente con los propósitos de la asignatura y que el número de docentes había sido suficiente para desarrollar la actividad (Tabla 19).

**Tabla 19. Satisfacción reportada por los estudiantes de Fonoaudiología luego de la actividad de simulación formativo.**

	Total desacuerdo		Desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Me permitió mejorar la comprensión de los contenidos tratados.	0	,0%	0	,0%	3	17,6%	14	82,4%
Me permitió comprender la relevancia de las temáticas tratadas.	0	,0%	0	,0%	4	23,5%	13	76,5%
Me ha ayudado a integrar la teoría con la práctica.	0	,0%	0	,0%	3	17,6%	14	82,4%
Es un método de enseñanza útil para el aprendizaje.	0	,0%	0	,0%	2	11,8%	15	88,2%
Resulta beneficiosa para la formación profesional.	0	,0%	0	,0%	1	5,9%	16	94,1%
Resulta coherente con los propósitos de la asignatura.	0	,0%	0	,0%	1	5,9%	16	94,1%
Me permitió mejorar mis habilidades en historia clínica.	0	,0%	0	,0%	4	23,5%	13	76,5%
Me permitió mejorar mis habilidades en hipótesis diagnóstica.	0	,0%	0	,0%	9	52,9%	8	47,1%
Me permitió mejorar mis habilidades de comunicación.	0	,0%	0	,0%	3	17,6%	14	82,4%
El procedimiento evidenció una clara organización.	0	,0%	1	5,9%	1	5,9%	15	88,2%
El tiempo asignado fue suficiente para desarrollar las actividades planteadas en cada estación.	0	,0%	5	29,4%	4	23,5%	8	47,1%
Las inquietudes fueron resueltas oportunamente por el equipo.	0	,0%	1	5,9%	5	29,4%	11	64,7%
La retroalimentación entregada favoreció los aprendizajes.	0	,0%	1	5,9%	3	17,6%	13	76,5%
Los docentes y ayudantes dominan la metodología trabajada.	0	,0%	1	5,9%	1	5,9%	15	88,2%
La experiencia con paciente simulado resultó motivadora.	0	,0%	0	,0%	3	17,6%	14	82,4%
Me gustaría que la simulación clínica fuese incluida formalmente en el syllabus de ésta asignatura.	1	5,9%	0	,0%	1	5,9%	15	88,2%
Me gustaría seguir utilizando simulación clínica para aprender otros contenidos durante la carrera.	0	,0%	1	5,9%	4	23,5%	12	70,6%
La simulación ha mejorado mi competencia clínica.	0	,0%	0	,0%	6	35,3%	11	64,7%
La experiencia con simulación clínica ha sido satisfactoria.	0	,0%	0	,0%	4	23,5%	13	76,5%
El número de docentes y ayudantes resultó suficiente para llevar a cabo satisfactoriamente la actividad.	0	,0%	0	,0%	1	5,9%	16	94,1%
Los alumnos ayudantes actuaron como facilitadores del aprendizaje	0	,0%	0	,0%	3	17,6%	14	82,4%
Los espacios eran adecuados para cumplir sus objetivos.	0	,0%	0	,0%	1	5,9%	16	94,1%
El mobiliario era adecuado para las actividades propuestas.	0	,0%	0	,0%	3	17,6%	14	82,4%

Fuente: Elaboración propia.

Para evaluar la satisfacción por factor de la Escala de Satisfacción se promediaron las respuestas de cada uno de éstos, obteniéndose los resultados de la Tabla 20. La confiabilidad osciló entre  $\alpha= 0,60$  y  $\alpha= 0,84$ , siendo adecuada para su uso en investigación en cuatro de los cinco factores y en la escala de Satisfacción general ( $\alpha= 0,73$ ). No obstante, la confiabilidad del factor de Recursos fue de  $\alpha= 0,44$ ; por lo que a partir de un análisis de capacidad discriminativa, se identificó que el ítem 1 presentaba una correlación inversa con el factor por lo que se eliminó del cálculo de la escala. Al hacerlo, su confiabilidad subió a  $\alpha= 0,63$ .

Los resultados muestran que, en una escala de 1 a 4 puntos, los aspectos mejor evaluados fueron el Método y los Recursos empleados, y lo peor evaluado fue el Procedimiento. Sin embargo, todos los factores muestran un nivel de Satisfacción elevada con lo realizado.



**Tabla 20. Estadísticos descriptivos del desempeño de los estudiantes de Fonoaudiología en las estaciones de la ECOE formativa.**

<b>Tema</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>
Método	0,67	3,85	0,24	3,4	4
Formación por competencias	0,74	3,75	0,31	3	4
Procedimiento	0,84	3,62	0,50	2	4
Satisfacción	0,60	3,73	0,34	3	4
Recursos*	0,63	3,86	0,27	3	4
Satisfacción general	0,73	3,76	0,18	3,26	4

N= 17; \* sin el ítem 1

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, en cuanto a los comentarios sobre la metodología, once de los estudiantes respondieron una pregunta abierta al respecto, que fueron sometidas a análisis de contenido temático, identificando 19 incidentes que se organizaron en seis categorías. La mayoría de estos incidentes consideraban que la metodología acercaba al estudiante a un contexto de trabajo real con pacientes (n= 7) y que la metodología ayudaba al aprendizaje del estudiante (n= 6). Igualmente, 3 alumnos solicitaron que la metodología se incluyera formalmente, tanto en la asignatura como en otros cursos de la carrera (Tabla 21).

**Tabla 21. Comentarios abiertos de los estudiantes sobre la metodología.**

<b>Categoría</b>	<b>Respuestas</b>
Favorece el aprendizaje de los estudiantes	6
Acerca a la realidad del trabajo	7
Se debería incluir formalmente en las asignaturas	3
Favorece el desarrollo profesional	1
Permite ganar confianza	1
Método organizado	1

Fuente: Elaboración propia.

## V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En general, los estudiantes lograron los mejores desempeños en el pretest en tareas básicas de la Anamnesis tales como: los datos de identificación, el motivo de consulta, la evaluación e hipótesis diagnóstica y el uso del vocabulario. Por el contrario, los estudiantes evidenciaron los peores desempeños en aquellas conductas relacionadas con el conocimiento del contexto biopsicosocial del paciente y los alcances de las futuras intervenciones terapéuticas. Esto coincide con la literatura respecto a la necesidad de utilizar metodologías de enseñanza que permitan el desarrollo de habilidades complejas de pensamiento, combinadas con procedimientos y actitudes apropiadas para un ejercicio profesional exitoso<sup>2,39</sup>. Lo anterior era esperable, por el escaso contacto que los estudiantes tienen con pacientes reales antes de estas actividades<sup>65</sup> y la falta de metodologías que permitan el desarrollo de competencias, más allá del mero conocimiento teórico adquirido por repetición y/o memoria<sup>2,4,6</sup>. En la etapa de postest, las conductas de mejor desempeño se mantuvieron respecto a la anamnesis y cambiaron en juicio clínico y comunicación. De esta forma, emergen como conductas de buen desempeño la explicación de la hipótesis diagnóstica y las orientaciones terapéuticas. Destaca de lo anterior el surgimiento de algunas habilidades clínicas más complejas, relacionadas con el análisis global de las implicancias diagnósticas y terapéuticas.

Estos desempeños fueron observados por dos evaluadores distintos, tanto en el pretest como el postest, evidenciando ambos un escaso nivel de acuerdo en los reactivos en ambas



oportunidades. Cabe señalar que el mayor nivel de acuerdo entre los evaluadores se obtuvo en aquellos ítems en los que hubo ausencia de la conducta esperada, tales como la consulta por antecedentes mórbidos y preguntas del paciente y la síntesis de la información al finalizar la entrevista. Ello se puede deber a que los evaluadores tenían distintos dominios de especialidad, lo que concuerda con los resultados de una investigación en la que se identificó como una de las fuentes de variabilidad de datos en la ECOE la necesidad de calibrar las especialidades o dominios competenciales de los observadores para homogeneizar los criterios de evaluación<sup>32</sup>.

Respecto al desempeño de los estudiantes por componentes de la entrevista clínica, las mejores calificaciones –tanto en la etapa previa a la intervención, como posterior a la intervención– correspondieron a las competencias de anamnesis y comunicación; siendo la peor evaluada –con algunas discrepancias entre evaluadores– la habilidad de juicio clínico. Cabe destacar que al comparar los desempeños en porcentajes de logro, antes y después de la ECOE, fue posible observar que todos los estudiantes evidenciaron mejoras en la competencia de entrevista clínica, de forma global. Sin embargo, sólo resultaron estadísticamente significativos los cambios en anamnesis y comunicación. En este sentido, cabe señalar, además, que aunque no hubo acuerdo entre los evaluadores –como se mencionó anteriormente– ambos llegaron igualmente a la misma conclusión; los estudiantes mejoraron significativamente en anamnesis y comunicación, no así en juicio clínico. Lo anterior resulta concordante con investigaciones en las que se han reportado cambios en dichas competencias, utilizando la metodología de ECOE<sup>18,20,21,36,37</sup>. Y por el

contrario, discrepan con estudios en Fonoaudiología en los que no ha sido posible evidenciar mejoras en comunicación, pero sí a nivel de juicio clínico<sup>38,39</sup>. Esto era esperable para anamnesis y comunicación, ya que ambas cuentan con bastante evidencia que apoya su desarrollo a través de la ECOE y el uso de PSE. Por su parte, la ausencia de mejoras en juicio clínico podría explicarse por dificultades con la metodología. Eventualmente esta competencia requiera de una actividad de simulación de tipo cognitiva más que procedimental, en la que el estudiante pueda practicar el proceso reflexivo por sobre el interactivo, en una primera instancia. Esto sugiere la necesidad de incluir sistemáticamente la confección de la tabla de especificaciones de la ECOE, con el fin de resguardar la concordancia entre los objetivos del curso y las competencias a desarrollar en la ECOE<sup>7,28,33</sup>. Consecuentemente, estos hallazgos sugieren que la metodología de ECOE formativa con PSE, es una metodología útil para desarrollar las competencias de anamnesis y comunicación en estudiantes de la carrera de Fonoaudiología, hallazgo que no posee precedente en la literatura en cuanto a la evidencia estadística de significación que lo sustenta. Los estudios en Fonoaudiología, en general, sugieren el uso de la simulación clínica con PSE para el desarrollo de competencias profesionales de tipo técnicas y no técnicas, sin evidencia de cambios significativos<sup>39,44,52,55,65</sup>.

El impacto educativo de esta metodología se traduce en la posibilidad de desarrollar dos competencias claves para el ejercicio profesional del Fonoaudiólogo: anamnesis y comunicación. Estas competencias permiten una interacción eficaz con los usuarios<sup>20,21,36,59</sup>, sus familiares y el equipo de trabajo; además de facilitar el conocimiento y comprensión del

contexto biopsicosocial de los pacientes. Todo lo anterior, redundando en la obtención de un proceso diagnóstico y terapéutico exitoso, y una relación médico-paciente más empática, cercana y de mayor calidad.

Lo anterior destaca su potencial como herramienta formativa, tal como ha sido documentado por investigaciones en las que la ECOE ha logrado impulsar el aprendizaje en sus distintas etapas: antes, durante y después de la intervención<sup>27</sup>; lo que se traduce en aprendizajes de competencias en un corto periodo de tiempo. De esta manera, los cambios conductuales evidenciados por los estudiantes en esta investigación, respecto a las competencias de anamnesis y comunicación fueron logrados en un corto periodo de tiempo (3 semanas); lo que coincide con lo encontrado por Fernández-Quiroga y su equipo<sup>37</sup>, quienes reportaron cambios en comunicación en estudiantes de medicina de 6° y 7° año de la carrera a través de una experiencia de tres sesiones de simulación, lo que sugiere una disminución del tiempo requerido para el aprendizaje en contraste con los métodos tradicionales. En este sentido, algunos de los factores que pudieron haber favorecido la rapidez y efectividad del aprendizaje de las competencias de anamnesis y comunicación –y que concuerda con la literatura– pudieron ser la posibilidad de repetición<sup>15,16</sup> y la entrega de feedback efectivo<sup>26,27</sup>.

Destaca como valor agregado para esta investigación, la participación de alumnos de 5° año de la carrera de Fonoaudiología como PSE durante la ECOE, lo que no cuenta con antecedentes previos documentados en las investigaciones. La ventaja de los estudiantes de 5° año es que conocen, tanto de manera teórica como práctica, la sintomatología que

deben representar; y que, además, tienen la posibilidad de retroalimentar en un ambiente de mayor confianza a sus compañeros de cursos inferiores, en contraste con los evaluadores docentes. Finalmente, los estudiantes de 5° año logran integrar y desarrollar competencias clínicas relacionadas con las alteraciones representadas en las estaciones de la ECOE.

Respecto a la medición de la autoeficacia en el pretest, las conductas mejor evaluadas por los estudiantes coinciden nuevamente con tareas básicas de la entrevista clínica (al igual que lo observado por los evaluadores). De esta forma, la obtención de datos de identificación en anamnesis, la entrega de hipótesis diagnóstica en juicio clínico y el uso del vocabulario en comunicación, obtuvieron las mejores calificaciones por parte de los estudiantes. Por su parte, el panorama en el postest, se mantiene en anamnesis y emerge la realización de tareas informales para evaluar el lenguaje a nivel de juicio clínico, conducta que resulta clave para su desarrollo en cuanto a sus componentes de diagnóstico e intervención. En tanto, para comunicación, se mantiene el vocabulario y aumenta el nivel de autoeficacia en los aspectos formales de la interacción: saludo, presentación y despedida.

En general, la autoeficacia percibida por los estudiantes antes y después de la ECOE, correlacionó positivamente con las calificaciones otorgadas por los evaluadores en las competencias de anamnesis y comunicación, experimentando un aumento de los niveles de acuerdo en el postest. Ello, sugiere una coincidencia de criterio respecto a la entrevista clínica, lo que permite robustecer la consistencia de los datos respecto a las mejoras significativas en anamnesis y comunicación encontradas en la variable de entrevista clínica.

Lo anterior coincide con los resultados encontrados en algunas investigaciones en las que se correlaciona positivamente la autoeficacia o el nivel de conocimientos del modelo de Kirk Patrick<sup>45</sup>, con la experiencia de simulación a través de PSE<sup>54,55</sup>.

La confiabilidad de la Escala de Autoeficacia resultó alta para el factor de comunicación, sin embargo, en general la confiabilidad de anamnesis y juicio clínico estuvo bajo lo esperado. Esto podría deberse a que ambas son competencias complejas, compuestas por varias habilidades competenciales, por lo que sería apropiado desagregarlas en más conductas a observar o simplificar las tareas propuestas. No existen estudios con los que contrastar lo encontrado respecto a la confiabilidad de la escala de autoeficacia, lo que entrega un valor agregado a los instrumentos utilizados en la investigación. Lo anterior, concuerda con las propuestas en educación médica respecto al mejoramiento continuo de los procesos de enseñanza y aprendizaje de competencias clínicas<sup>4,12</sup>. De esta forma, el análisis psicométrico de confiabilidad y validez de la escala de autoeficacia, contribuye a mejorar la transparencia y credibilidad de la metodología utilizada.

Dentro de la ECOE se puede decir que el mejor desempeño de los estudiantes estuvo en la estación de comunicación, lo que concuerda con investigaciones en las que se han reportado desempeños exitosos en comunicación<sup>44,65</sup>. Por su parte, los desempeños más bajos se observaron en la estación de juicio clínico, lo que resulta esperado en parte por las bajas calificaciones otorgadas por los evaluadores en el factor de juicio clínico en el pretest y por los bajos niveles de autoeficacia reportados por los estudiantes en esta competencia. Además, como se ha comentado anteriormente, la competencia de juicio clínico y la tarea

planteada para su desarrollo, requieren de una revisión exhaustiva en cuanto a su nivel de complejidad, los instrumentos de observación utilizados y la metodología de enseñanza a utilizar.

Cabe mencionar que la confiabilidad de la cuarta estación resultó muy baja, por lo que los puntajes no se pudieron utilizar. En esta estación se planteaba el establecimiento de una hipótesis diagnóstica en base al análisis de datos escritos a través de una rutina de pensamiento que permitía la identificación del diagnóstico preciso. Lo anterior sugiere que dicha competencia probablemente deba ser trabajada a través de otras metodologías y/o la necesidad de un nuevo planteamiento de la tarea a desarrollar.

Los estudiantes, en general, presentaron una alta satisfacción con la metodología empleada; considerándola beneficiosa para su formación profesional y coherente con los propósitos de la asignatura. Lo anterior, concuerda con investigaciones en las que se ha medido la satisfacción a través de encuestas, como es el caso de enfermería y medicina<sup>18,26,30</sup> y Fonoaudiología<sup>44</sup>. Por su parte, los factores que presentaron mejor nivel de satisfacción fueron la metodología de enseñanza y los recursos empleados. Lo que destaca como peor evaluado fue el procedimiento; ello, debido eventualmente a la baja calificación otorgada por los estudiantes al tiempo disponible para la actividad<sup>30</sup>. Los resultados del análisis cualitativo de los comentarios de los estudiantes concuerda con estudios en los se ha reportado que los alumnos han considerado que la metodología acerca al estudiante a un contexto de trabajo real con pacientes<sup>5,31,48</sup>, que facilitaba el

aprendizaje<sup>28,27,47,51,52</sup>, que debe ser incluido formalmente en las asignaturas<sup>39</sup> y que permite ganar confianza antes de la práctica real<sup>48,49,55</sup>.

El presente estudio permite concluir que la metodología de ECOE formativa permite el desarrollo de la competencia de entrevista clínica en alumnos de la carrera de Fonoaudiología, específicamente en sus componentes de anamnesis y comunicación. Además, permite aumentar los niveles de autoeficacia de los estudiantes respecto a sus habilidades de entrevista clínica, luego de la experiencia de ECOE formativa. Finalmente, los estudiantes presentan un alto grado de satisfacción con la metodología de ECOE formativa como estrategia de enseñanza de habilidades de entrevista clínica.

Las principales limitaciones del estudio corresponden al tamaño reducido de la muestra, lo que disminuye la potencia de las pruebas estadísticas empleadas y no permitió la existencia de un grupo control. Asimismo, los dominios competenciales de los evaluadores, que al no estar calibrados previamente pudieron hacer que los elementos subjetivos afectaran sus evaluaciones. Es por ello que, para futuras investigaciones, se sugiere revisar la competencia de juicio clínico en cuanto a su complejidad, pertinencia, metodología e instrumentos a utilizar para su evaluación<sup>2</sup> y considerar los dominios competenciales de los evaluadores, con el objetivo de unificar criterios de evaluación y disminuir los factores de variabilidad de la ECOE<sup>32</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cassis A. Donald Schön: Una Práctica Profesional Reflexiva En La Universidad. *Compás. Empres* 2011; 3(5): 54-58.
2. Martínez-Carretero J. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE). *Educ Méd.* 2005; 8(2): S18-S22.
3. Nordenflycht M. Enseñanza y Aprendizaje Por Competencias. *Pensam Educ.* 2005; 36: 80-104.
4. Epstein R. Assessment in Medical Education. *N Engl J Med.* 2007; 356: 387-396.
5. Behrens C, Morales V, Parra P, Hurtado A, et al. Diseño e implementación de OSCE para evaluar competencias de egreso en estudiantes de medicina en un consorcio de universidades chilenas. *Rev Med Chile.* 2018; 146: 1197-1204.
6. García-Merino J, Urionabarrenetxea S, Bañales-Mallo A. Cambios en metodologías docentes y de evaluación: ¿Mejoran el rendimiento del alumnado universitario? *REDIE.* 2016; 18(3): 1-18.
7. Harden R, Stevenson M, Downie W, Wilson G. Assessment of Clinical Competence using Objective Structured Examination. *Br Med J.* 1975; 1: 447-451.
8. Picornell-Lucas A. La coevaluación de competencias en el Grado en Trabajo Social mediante el uso de la rúbrica. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar.* 2014; 3: 7-14.
9. Gómez-Ruíz M, Quesada-Serra V. Coevaluación o Evaluación Compartida en el Contexto Universitario: La Percepción del Alumnado de Primer Curso. *RIEE.* 2017; 10(2): 9-30.
10. López V. El papel de la evaluación formativa en el proceso de convergencia hacia el E.E.E.S. Análisis del estado de la cuestión y presentación de un sistema de intervención. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado.* 2006; 20(3): 93-119.
11. Vallés C, Ureña N, Ruiz E. La Evaluación Formativa en Docencia Universitaria. Resultados globales de 41 estudios de caso. *REDU.* 2011; 9(1): 135-158.
12. Norcini J, Anderson M, Bollela V, Burch V, et al. 2018 Consensus framework for good assessment. *Med Teach.* 2018; 40: 1102-1109.
13. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.* 1990; S63-S67.
14. Corvetto M, Bravo M, Montaña R, Utili F, et al. Simulación en educación médica: Una sinopsis. *Rev Med Chile.* 2013; 141: 70-79.
15. Gaba D. The future vision of simulation in health care. *BMJ Quality & Safety.* 2004; 13: i2-i10.



16. Maran N, Glavin R. Low- to high-fidelity simulation – a continuum of medical education? *Med Educ.* 2003; 37(1): 22-28.
17. Okuda Y, Bryson E, DeMaria Jr S, Jacobson L, et al. The Utility of Simulation in Medical Education: What Is the Evidence? *Mt Sinai J Med.* 2009; 76(4): 330-343.
18. Farrés M, Miguel D, Almazor A, Insa E, et al. Simulación clínica en enfermería comunitaria. *FEM.* 2015; 18(Supl1): S62-S66.
19. Ziv A, Wolpe P, Small S, Glick S. Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. *Simul Healthcare.* 2006; 1: 252-256.
20. Alinier G. A typology of educationally focused medical simulation tools. *Med Teach.* 2007; 29(8): e243-e250.
21. Levine A, Swartz M. Standardized patients: The 'other' simulation. *J Crit Care.* 2008; 23(2): 179-184.
22. Romero S. ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. *Med Fam.* 2002; 2: 127-132.
23. Palacios S. Uso de pacientes estandarizados en educación médica. *Rev Educ Cienc Salud.* 2007; 4(2): 102-105.
24. Montenegro A, Omstein C, Rueda L. Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE) para la adquisición de habilidades y destrezas comunicacionales. *Rev Educ Cienc Salud.* 2014; 11(2): 171-176.
25. Hill A, Davidson B, Theodoros D. The performance of standardized patients in portraying clinical scenarios in speech-language therapy. *Int J Lang Commun Disord.* 2013; 48: 613-624.
26. Ferrando-Castagnetto F, Macri E, Silva A, Padula D, et al. Percepciones estudiantiles sobre las propiedades del examen clínico objetivo estructurado en Uruguay. Disponiendo un cuestionario válido para analizar la factibilidad del nuevo formato durante la transición curricular. *Educ Med.* 2019; 20: 87-94.
27. Pugh D, Desjardins I, Eva K. How do formative objective structured clinical examinations drive learning? Analysis of residents' perceptions. *Med Teach.* 2018; 40: 45-52.
28. Hernández L, Trejo J, Marín Y. Diseño de un ECOE para evaluar habilidades clínicas en neurología en estudiantes del quinto año. *Investig Educ Médica.* 2017; 6: 248-254.
29. CarlLee S, Rowat J, Suneja M. Assessing Entrustable Professional Activities Using an Orientation OSCE: Identifying the Gaps. *J Grad Med Educ.* 2019; 11(2): 214-220.
30. Alarcón A. Incorporación del Examen Clínico Objetivo Estructurado (EEOE) en la Carrera de Enfermería. *Rev Educ Cienc Salud.* 2013; 10(1): 18-22.
31. Bressmann T, Eriks-Brophy A. Use of simulated patients for a student learning experience on managing difficult patient behaviour in speech-language pathology contexts. *Int J Speech Lang Pathol.* 2012; 14: 165-173.

32. Espinosa-Vázquez O, Martínez-González A, Sánchez-Mendiola M, Leenen I. Análisis de un examen clínico objetivo estructurado en odontología desde la teoría de la generalizabilidad. *Investig Educ Médica*. 2017; 6(22): 109-118.
33. Romero S. ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (III). Montaje y desarrollo de una ECOE. *Med Fam*. 2002; 4: 277-281.
34. Trejo-Mejía A, Blee-Sánchez G, Peña-Balderas J. Elaboración de estaciones para el examen clínico objetivo estructurado (ECOE). *Investig Educ Médica*. 2014; 3: 56-59.
35. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2015 Timeline. *Evol/CanMEDS Framew*.  
<http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/canmeds2015/overview>
36. Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. Percepción de formación en entrevista, relación y comunicación médico paciente. Encuesta en médicos graduados. *An Fac Med*. 2007; 68(2): 159-167.
37. Fernández-Quiroga M, Yévenes V, Gómez D, Villarroel E. Uso de la simulación clínica como estrategia de aprendizaje para el desarrollo de habilidades comunicacionales en estudiantes de medicina. *FEM*. 2017; 20(6): 301-304.
38. Zraick R, Allen R, Johnson S. The use of standardized patients to teach and test interpersonal and communication skills with students in speech-language pathology. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2003; 8: 237-248.
39. Moineau S, Bennett D, Scheer-Cohen A. Aphasia simulation: A perspective from the student and standardized patient. *Teach Learn Commun Sci Disord*. 2018; 2: 1-14.
40. Opazo-Morales E, Rojo E, Maestre J. Modalidades de formación de instructores en simulación clínica: el papel de una estancia o pasantía. *Educ Méd*. 2017; 18: 22-29.
41. Escudero E, Fuentes C, Gonzalez M, Corvetto M. Simulación en educación para ciencias de la Salud: ¿Qué calidad hemos alcanzado en Chile? *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2017; 41(3): 16-20.
42. Dávila-Cervantes A. Simulación en Educación Médica. *Investig Educ Médica*. 2014; 3: 100-105.
43. Ziv A, Vásquez G. Las simulaciones en Educación Médica. *Educ Méd*. 2007; 10(3): 147-148.
44. Díaz M, Arancibia C, Bozzo S. Factibilidad de realizar un examen clínico objetivo y estructurado en la carrera de Fonoaudiología. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2013; 24: 123-129.
45. Yardley S, Dornan T. Kirkpatrick's levels and education 'evidence'. *Med Educ*. 2012; 46: 97-106.

46. Oliver R, DeSarbo W. Response Determinants in Satisfaction Judgments. *J Consum Res.* 1988; 14: 495-507.
47. Saiz A, Susinos T. El desarrollo de profesionales reflexivos: una experiencia en la formación inicial de médicos a través de simulación clínica. *REDU.* 2014; 12: 453-476.
48. Martínez-Castillo F, Matus-Miranda R. Desarrollo de habilidades con simulación clínica de alta fidelidad. Perspectiva de los estudiantes de enfermería. *Enferm Univ.* 2015; 12: 93-98.
49. Sánchez-Ferrer F, González de Dios J, Juste-Ruiz M, Compañ A, et al. Encuesta de percepción de la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO) por los estudiantes de sexto grado en medicina de la Universidad Miguel Hernández. *FEM.* 2017; 20(3): 137-140.
50. Syder D. The use of simulated clients to develop the clinical skills of speech and language therapy students. *Eur J Disord Commun.* 1996; 31: 181-192.
51. Horton S, Byng S, Bunning K, Pring T. Teaching and learning speech and language therapy skills: The effectiveness of classroom as clinic in speech and language therapy student education. *Int J Lang Commun Disord.* 2004; 39: 365-390.
52. Cohen W, Timmins C. Using Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs) in Speech and Language Therapy Pre-registration Clinical Education. In: Royal College of Speech and Language Therapists Conference 2017.
53. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Adv Behav Res Ther.* 1978; 1: 139-161.
54. Fernández-Ayuso D, del Campo C, Fernández R, Pérez J, et al. Relación entre la autopercepción y autoeficacia para el desarrollo de competencias en soporte vital en entornos de simulación clínica de alta fidelidad. *Educ Med.* 2018; 19: 320-326.
55. Ward E, Hill A, Nund R, Rumbach A, et al. Developing clinical skills in paediatric dysphagia management using human patient simulation (HPS). *Int J Speech Lang Pathol.* 2015; 17: 230-240.
56. Ávila R, Mahana P, Rivera C, McColl P. Simulación Clínica como método de formación de competencias en estudiantes de medicina. *Rev Educ Cienc Salud.* 2016; 13(1): 11-14.
57. Castillo-Arcos L, Maas-Góngora L. Percepción de satisfacción de los estudiantes de enfermería en el uso de la simulación clínica. *Ra Ximhai.* 2017; 13(2): 63-76.
58. Valencia J, Tapia S, Olivares S. La simulación clínica como estrategia para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de medicina. *Investig Educ Médica.* 2019; 8(29): 13-22.
59. Lermenda C, Muñoz J. Desarrollo precoz de habilidades de comunicación para realizar entrevistas clínicas mediante pacientes simulados estandarizados. *Rev Educ Cienc Salud.* 2010; 7(2): 134-140.

60. Ticse R. El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. *Rev Med Hered.* 2017; 28: 192-199.
61. Universidad Andrés Bello. Decreto Universitario N° 2493-2017. Nuevo plan de estudios. Carrera de Fonoaudiología. 2017; 1-284.
62. The Mini-Cex. A quality tool in evaluation. *In: American Board of Internal Medicine Clinical Competence Program September 2001 - June 2002.*
63. León O, Montero I. Métodos de investigación en psicología y educación. Cap. I y II. McGraw-Hill; 2003.
64. George D, Mallery P. SPSS for Windows Step by Step Simple Eleventh Edition. 2003.
65. Bustos M, Arancibia C, Muñoz N, Azócar J. La Simulación Clínica en Atención Primaria de Salud en contexto de docencia: una experiencia con estudiantes de Fonoaudiología. *Rev Chil Fonoaudiol.* 2018; 17: 1-14.





## ANEXO I

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA METODOLOGÍA ECOE

Con la finalidad de optimizar aspectos metodológicos en educación, estoy realizando una investigación, cuyo objetivo principal es conocer su opinión sobre la experiencia de simulación con paciente estandarizado, a través de una instancia de Evaluación Clínica Objetiva Estructura (ECO) de carácter formativo. Es por ello que solicito su honesta y objetiva participación. Sus respuestas serán de carácter confidencial. Marque con una (x) el casillero que mejor represente su percepción sobre la simulación clínica.

	Total des- acuerdo	Des- acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>I. METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE</b>				
<i>La experiencia con paciente simulado...</i>				
1. Me permitió mejorar la comprensión de los contenidos tratados.	1	2	3	4
2. Me permitió comprender la relevancia de las temáticas tratadas.	1	2	3	4
3. Me ha ayudado a integrar la teoría con la práctica.	1	2	3	4
4. Es un método de enseñanza útil para el aprendizaje.	1	2	3	4
5. Resulta beneficiosa para la formación profesional.	1	2	3	4
<b>II. PLANIFICACIÓN POR COMPETENCIAS</b>				
<i>La experiencia con paciente simulado...</i>				
1. Resulta coherente con los propósitos de la asignatura.	1	2	3	4
2. Me permitió mejorar mis habilidades en historia clínica.	1	2	3	4
3. Me permitió mejorar mis habilidades en hipótesis diagnóstica.	1	2	3	4
4. Me permitió mejorar mis habilidades de comunicación.	1	2	3	4
<b>III. PROCEDIMIENTO</b>				
1. El procedimiento evidenció una clara organización.	1	2	3	4
2. El tiempo asignado fue suficiente para desarrollar las actividades planteadas en cada estación.	1	2	3	4
3. Las inquietudes fueron resueltas oportunamente por el equipo.	1	2	3	4
4. La retroalimentación entregada favoreció los aprendizajes.	1	2	3	4
5. Los docentes y ayudantes dominan la metodología trabajada.	1	2	3	4
<b>IV. SATISFACCIÓN</b>				
1. La experiencia con paciente simulado resultó motivadora.	1	2	3	4
2. Me gustaría que la simulación clínica fuese incluida formalmente en el syllabus de ésta asignatura.	1	2	3	4
3. Me gustaría seguir utilizando simulación clínica para aprender otros contenidos durante la carrera.	1	2	3	4
4. La simulación ha mejorado mi competencia clínica.	1	2	3	4
5. La experiencia con simulación clínica ha sido satisfactoria.	1	2	3	4
<b>V. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS</b>				
1. El número de docentes y ayudantes resultó suficiente para llevar a cabo satisfactoriamente la actividad.	1	2	3	4
2. Los alumnos ayudantes actuaron como facilitadores del aprendizaje	1	2	3	4
3. Los espacios eran adecuados para cumplir sus objetivos.	1	2	3	4
4. El mobiliario era adecuado para las actividades propuestas.	1	2	3	4

**COMENTARIOS**

## ANEXO II

### ESCALA DE AUTOEFICACIA EN ENTREVISTA CLÍNICA

<b>Nombre del alumno</b>	:	
<b>Fecha</b>	:	

Describa como se sintió durante la actividad de entrevista clínica recién vivenciada. Utilice los criterios propuestos a continuación.

Logrado	3 puntos
Medianamente logrado	2 puntos
No logrado	1 punto

	L	M/L	N/L
<b>I. ANAMNESIS</b>			
<i>Respecto a mi desempeño como entrevistador siento que...</i>			
1. Logré realizar preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta	3	2	1
2. Logré recabar datos de identificación: nombre, edad, actividad	3	2	1
3. Logré recabar información personal: familiar, social, psicológica	3	2	1
4. Pregunté por antecedentes mórbidos relevantes: personales y familiares	3	2	1
5. Logré recabar información acerca del inicio y estado actual del cuadro	3	2	1
<b>II. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLÓGICA</b>			
<i>Respecto a mi desempeño como entrevistador siento que...</i>			
1. Realicé alguna tarea informal para evaluar el lenguaje y la comunicación	3	2	1
2. Entregué una hipótesis diagnóstica general al usuario	3	2	1
3. Expliqué la hipótesis diagnóstica al usuario anamnesis	3	2	1
4. Orienté al usuario sobre la posibilidades terapéuticas	3	2	1
<b>III. COMUNICACIÓN</b>			
<i>Respecto a mi desempeño como entrevistador siento que...</i>			
1. Respeté aspectos formales: saludo, presentación, despedida	3	2	1
2. Utilicé un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario	3	2	1
3. Expresé mis ideas de forma clara y ordenada	3	2	1
4. Logré preguntar y responder oportunamente durante el intercambio	3	2	1
5. Utilicé recursos no verbales para generar un ambiente de respeto: contacto ocular, expresión facial, postura corporal, prosodia, turnos conversacionales.	3	2	1
6. Sinteticé la información entregada al usuario	3	2	1
7. Pregunté al usuario si tenía alguna pregunta	3	2	1

<b>Observaciones y/o comentarios adicionales</b>

### ANEXO III

#### PAUTA DE OBSERVACIÓN DE ENTREVISTA CLÍNICA

<b>Nombre del alumno</b>	:	
<b>Nombre del evaluador</b>	:	
<b>Fecha</b>	:	

Describe el desempeño del estudiante utilizando los criterios descritos a continuación.

Logrado	3 puntos
Medianamente logrado	2 puntos
No logrado	1 punto

CRITERIOS DE COMUNICACIÓN EFECTIVA	L	M/L	N/L
<b>I. ANAMNESIS</b>			
1. Realiza preguntas destinadas a conocer el motivo de consulta	3	2	1
2. Logra recabar datos de identificación: nombre, edad, actividad	3	2	1
3. Logra recabar información personal: familiar, social, psicológica	3	2	1
4. Pregunta por antecedentes mórbidos relevantes: personales y familiares	3	2	1
5. Logra recabar información acerca del inicio y estado actual del cuadro	3	2	1
<b>II. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLÓGICA</b>			
1. Realiza alguna tarea informal para evaluar el lenguaje y la comunicación	3	2	1
2. Entrega una hipótesis diagnóstica general al usuario	3	2	1
3. Explica la hipótesis diagnóstica al usuario	3	2	1
4. Orienta al usuario sobre la posibilidades terapéuticas	3	2	1
<b>III. COMUNICACIÓN</b>			
1. Respeta aspectos formales: saludo, presentación, despedida	3	2	1
2. Utiliza un vocabulario acorde a la edad y nivel educacional del usuario	3	2	1
3. Expresa sus ideas de forma clara y ordenada	3	2	1
4. Pregunta y responde oportunamente cuando el intercambio lo requiere	3	2	1
5. Utiliza recursos no verbales para generar un ambiente de respeto: contacto ocular, expresión facial, postura corporal, prosodia, turnos conversacionales.	3	2	1
6. Sintetiza la información entregada al usuario	3	2	1
7. Pregunta al usuario si tiene alguna duda	3	2	1

<b>Observaciones y/o comentarios adicionales</b>



## ANEXO IV

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE

#### INFORMACIÓN:

Título: Desarrollo de habilidades de entrevista clínica a través de una experiencia de ECOE formativa en alumnos de la carrera de Fonoaudiología de una universidad privada de la región.

Investigadora responsable: Victoria del Pilar Aguilar Fuentealba

Vinculación con la Universidad de Concepción de la Investigadora Responsable: alumna de Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Co-investigador e institución con la que está vinculado: Cristhian Pérez Villalobos, Universidad de Concepción.

Tutora académica: Nancy Bastías Vega, Universidad de Concepción.

Centro Patrocinante: Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Centro de Investigación: Universidad Andrés Bello.

Estimada:

Mediante el presente documento se invita a participar a usted en la investigación titulada "Desarrollo de habilidades de entrevista clínica a través de una experiencia de ECOE formativa en alumnos de la carrera de Fonoaudiología de una universidad privada de la región." que se realizará en la Universidad Andrés Bello. Esta información le permitirá evaluar, juzgar y decidir si desea participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención y puede que existan algunas palabras que no entienda. Por favor, siéntase en confianza de solicitar que le sean explicados de mejor manera los conceptos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle al Investigador Responsable cuando desee.

#### OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar la implementación de la ECOE formativa como estrategia de enseñanza de habilidades de entrevista clínica, en una asignatura de segundo año de la carrera de Fonoaudiología que estudia la relación cerebro-lenguaje y sus distintas metodologías de evaluación a lo largo del ciclo vital.

#### RAZÓN POR LA QUE SE INVITA A LA PERSONA PARTICIPAR.

Si accede a participar es porque usted es alumno regular de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción, y porque de acuerdo al plan de estudios le corresponde cursar la asignatura de Neurolingüística y Neuropsicología en el Ciclo Vital.

#### PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO

Su participación en esta investigación es totalmente LIBRE Y VOLUNTARIA. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, su atención no será afectada en ninguna forma. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin que esto implique sanción o reproche hacia usted por esta decisión.

#### DISEÑO DEL ESTUDIO

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo analítico-relacional, que busca establecer la asociación entre la participación de los alumnos de Fonoaudiología en instancias de ECOE formativa y el mayor grado de desarrollo de habilidades de entrevista clínica. Se empleará un diseño experimental de tipo cuasiexperimental, ya que se modificará la realidad a través de la manipulación de la variable independiente, en éste caso la metodología de enseñanza ECOE formativa, y se comparará el desempeño de los estudiantes antes de la ECOE formativa y después de éste. El estudio no cuenta con grupo control por el tamaño reducido de la muestra (18 estudiantes).

## **PROCEDIMIENTO**

En primer lugar, se gestionará la Autorización Institucional de la directora de carrera de Fonoaudiología, de la Universidad Andrés Bello, a la que pertenecen los estudiantes seleccionados para el estudio. Luego, se contactará a estos últimos para invitarlos a participar y realizar un procedimiento de consentimiento informado, en el que se les explicará los objetivos y las características del estudio, además de las condiciones de la participación solicitada (tipo de colaboración, tiempo que demanda y garantías de confidencialidad y voluntariedad). Después, se les pedirá que firmen un formulario de consentimiento, para la instancia de diagnóstico, intervención y post intervención. Los estudiantes tendrán que participar en las tres etapas del proyecto: diagnóstico, intervención (ECO), post intervención (pre test y post test).

En la etapa de diagnóstico los estudiantes entrevistarán a pacientes simulados estandarizados previamente capacitados y entrenados por la investigadora responsable y la tutora a cargo de la investigación. Esta entrevista será grabada y evaluada posteriormente por dos profesionales, utilizando una Pauta de Observación de Entrevista Clínica, previamente validada por expertos. Todos enfrentarán el mismo caso clínico simulado por el paciente de forma estandarizada. Cada entrevista tendrá una duración de cinco minutos. Además, los estudiantes al terminar la entrevista, tendrán que contestar una Escala de Autoeficacia en Entrevista Clínica. Este mismo formato de recogida de información se replicará en la etapa post intervención o post ECO formativa, para valorar los avances en la competencia de entrevista clínica.

Para la instancia de intervención, en la que se llevará a cabo una Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) de carácter formativo, cada estudiante tendrá que pasar por cuatro estaciones de trabajo, en las que se simularán competencias específicas de la entrevista clínica, tales como: anamnesis, juicio clínico y comunicación. Cada estación tendrá una duración de cinco minutos, de los cuales cuatro se destinarán al desarrollo de la actividad y un minuto para la entrega de la retroalimentación sobre el desempeño del estudiante. Una vez finalizada la rotación de los cuatro estudiantes por las cuatro estaciones, ingresará el siguiente grupo de cuatro estudiantes. La observación del desempeño de los estudiantes en cada estación, se llevará a cabo a través de una Pauta de Observación de Desempeño, diferente para cada competencia. Las tareas en cada estación serán conducidas por un equipo capacitado formado por un paciente simulado estandarizado, un observador y un asistente de filmación.

Al finalizar las tres etapas de la investigación, los estudiantes contestarán una Encuesta de Satisfacción sobre la metodología experimentada.

La metodología que se presenta tendrá una duración de cuatro meses aproximadamente, la que incluye material de lectura previo, presentación de la actividad, preparación de materiales y ejecución de la misma. Específicamente, entre los meses de agosto y diciembre de 2019 se trabajará de la siguiente manera: cuatro semanas de formulación del proyecto, ocho semanas de preparación, tres semanas de ejecución (una para diagnóstico, una para intervención y una semana para post intervención).

## **BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACION**

Los beneficios de su participación en el estudio será que usted podrá practicar la competencia de entrevista clínica a través de la interacción con pacientes simulados estandarizados, por lo que podrá aprender en un ambiente seguro, controlado y guiado, sin perjuicio de dañar a los usuarios y/o sus familiares.

Entre los riesgos potenciales del estudio se encuentra la generación de malestar y estrés a los alumnos participantes, derivado de su participación en la situación de evaluación y escasa experiencia en entrevista clínica con pacientes simulados. Por lo tanto, para retribuir la participación de los estudiantes, se realizarán jornadas de difusión de resultados a las que los participantes estarán directamente invitados, pero que

estarán abiertas al público universitario en general. Por último, todos los miembros del equipo que participen en la recolección y registro de datos (digitación, transcripción), incluyendo a los investigadores, firmarán un acuerdo de confidencialidad y tratamiento responsable de la información recogida. Cabe señalar, que todos los participantes podrán acceder a los resultados del estudio cuando lo estimen conveniente, y, que, además, podrán recibir de forma individual, un resumen de los resultados del estudio y de su desempeño particular en la actividad. Dicho resumen será entregado a finales de noviembre de 2019, periodo en que finaliza el segundo semestre 2019.

Los participantes podrán comunicarse con la Investigadora responsable Victoria Aguilar Fuentealba, al correo electrónico [viaguilar13@gmail.com](mailto:viaguilar13@gmail.com) o con la Presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de la Universidad de Concepción, Dra. Isabel Cottin Carrazana, al correo electrónico [cecmedicina@udec.cl](mailto:cecmedicina@udec.cl). También podrá comunicarse con el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

#### **CONFIDENCIALIDAD**

La información que recojamos se mantendrá **CONFIDENCIAL** y no se registrará la identidad de aquellas personas que participen en la investigación, por tanto, se usará un código que identifique la información proporcionada por los sujetos de investigación. Podrán acceder a los datos relacionados al estudio, SÓLO el equipo de investigación y el Comité Ético-Científico revisor. El investigador responsable estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio. Lo anterior, sin perjuicio de brindar el derecho a los participantes de poder acceder a los resultados del estudio, si así lo estiman conveniente.

#### **PUBLICACIÓN DE RESULTADOS**

Al finalizar esta investigación, el conocimiento que obtengamos se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios como congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos.

#### **CONTACTO**

Si tiene alguna duda comuníquese con la Investigadora responsable Victoria Aguilar Fuentealba, al correo electrónico [viaguilar13@gmail.com](mailto:viaguilar13@gmail.com) o con la Presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Dra. Isabel Cottin Carrazana, al correo electrónico [cecmedicina@udec.cl](mailto:cecmedicina@udec.cl). También podrá comunicarse con el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

#### **HOJA DE FIRMAS DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO TITULADO “Desarrollo de habilidades de entrevista clínica a través de una experiencia de ECOE formativa en alumnos de la carrera de Fonoaudiología de una universidad privada de la región.”**

##### **ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO DECLARO QUE:**

- Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que entiendo toda la información proporcionada acerca del estudio.
- Acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en este formulario de consentimiento informado.
- He decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna.
- Recibí una copia firmada y fechada de este documento.
- Sé que, al firmar este documento, no renuncio a ninguno de los derechos legales.

Fecha 11/11/2019

---

Nombre del(la) participante

Firma

Yo, el que suscribe, investigador, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes. Se le proporcionará al participante una copia de esta información.

Victoria Aguilar Fuentealba

---

Nombre de la Investigadora responsable

Firma

Yolanda Maldonado Aguayo

---

Directora centro de investigación o su delegada/Ministro de Fé

Firma



**ANEXO V**

**PAUTA DE OBSERVACIÓN ANAMNESIS (ECOE)**

<b>Nombre del alumno</b>	:	
<b>Nombre del evaluador</b>	:	
<b>Fecha</b>	:	

CRITERIOS DE HISTORIA CLÍNICA	SI	NO
<b>INICIO DE LA ENTREVISTA Y MOTIVO DE CONSULTA</b> <i>El estudiante...</i>		
1. Saluda al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Se presenta ante el usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Explica el objetivo de la sesión al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Pregunta por el motivo de consulta al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>		
1. Le pregunta el nombre al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Le pregunta la edad al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Pregunta por la actividad u ocupación del usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Le pregunta la escolaridad al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES</b>		
1. Pregunta por red de apoyo familiar (grupo familiar)	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Pregunta por actividades de recreación	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Pregunta por estado emocional previo	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Pregunta por características de personalidad previa	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES Y FAMILIARES</b>		
1. Pregunta por antecedentes lingüístico-comunicativos personales	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Pregunta por antecedentes lingüístico-comunicativos familiares	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Pregunta por antecedentes mórbidos personales	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Pregunta por antecedentes mórbidos familiares	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>DESCRIPCIÓN DEL CUADRO</b>		
1. Pregunta por el inicio de los síntomas	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Pregunta por la evolución de los síntomas	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Pregunta por el estado actual de los síntomas	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Pregunta por antecedentes terapéuticos previos	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>CIERRE DE LA ENTREVISTA</b>		
1. Pregunta por las expectativas de recuperación	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Sintetiza la información obtenida en la entrevista	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Pregunta al usuario si tiene dudas	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Se despide del usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Observaciones y/o comentarios adicionales</b>		

**PAUTA DE OBSERVACIÓN JUICIO CLÍNICO (ECOE)**

<b>Nombre del alumno</b>	:	
<b>Nombre del evaluador</b>	:	
<b>Fecha</b>	:	

<b>CRITERIOS JUICIO CLÍNICO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>I. INICIO DE LA ENTREVISTA Y CONTEXTUALIZACIÓN</b>		
<i>El estudiante...</i>		
1. Saluda al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Se presenta nuevamente al usuario para contextualizar la situación	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Explica el objetivo de la sesión al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Pregunta al usuario por su estado actual ¿Cómo ha estado?	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>II. EVALUACIÓN INFORMAL DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN</b>		
1. Solicita nombrar objetos: 5 como mínimo.	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Solicita la descripción de la lámina 1 del test de Boston	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Solicita el seguimiento de instrucciones: 5 como mínimo.	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Solicita la repetición de estímulos: 5 como mínimo.	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>III. JUICIO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN</b>		
1. Entrega una hipótesis diagnóstica general al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Explica la hipótesis diagnóstica al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Orienta sobre las posibilidades terapéuticas al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Deriva al usuario a otros profesionales en caso de ser necesario	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>IV. CIERRE DE LA ENTREVISTA</b>		
1. Sintetiza la información obtenida durante la sesión	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Explica al usuario las reales expectativas de recuperación	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Pregunta al usuario si tiene dudas	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Se despide del usuario	<b>1</b>	<b>0</b>

<b>Observaciones y/o comentarios adicionales</b>

**PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA COMUNICACIÓN (ECOE)**

<b>Nombre del alumno</b>	:	
<b>Nombre del evaluador</b>	:	
<b>Fecha</b>	:	

<b>CRITERIOS DE COMUNICACIÓN EFECTIVA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ASPECTOS VERBALES DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA</b>		
<i>El estudiante...</i>		
1. Saluda al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Se presenta ante el usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Explica el objetivo de la sesión al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Pregunta por el motivo de consulta al usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
5. Pregunta por la evolución de los síntomas	<b>1</b>	<b>0</b>
6. Formula preguntas para aclarar información difusa	<b>1</b>	<b>0</b>
7. Facilita verbalmente la progresión de los temas	<b>1</b>	<b>0</b>
8. Utiliza un vocabulario acorde al contexto educacional del usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
9. Expresa sus ideas de forma ordenada	<b>1</b>	<b>0</b>
10. Respeta turnos de conversación	<b>1</b>	<b>0</b>
11. Entrega la cantidad justa de información que el intercambio requiere	<b>1</b>	<b>0</b>
12. Sintetiza la información entregada por el usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
13. Enfatiza en los elementos más importantes de la síntesis	<b>1</b>	<b>0</b>
14. Pregunta al usuario si tiene dudas	<b>1</b>	<b>0</b>
15. Se despide del usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>ASPECTOS NO VERBALES DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA</b>		
1. Mantiene contacto ocular con el usuario	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Utiliza gestos faciales para apoyar la producción verbal	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Utiliza movimientos de manos para acompañar la producción verbal	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Utiliza una postura corporal acorde a la situación comunicativa	<b>1</b>	<b>0</b>
5. Articula con precisión las palabras	<b>1</b>	<b>0</b>
6. Regula la intensidad vocal de acuerdo al contexto (volumen)	<b>1</b>	<b>0</b>
7. Utiliza la melodía y el ritmo al hablar (prosodia)	<b>1</b>	<b>0</b>

<b>Observaciones y/o comentarios adicionales</b>