

Artículo Original

Desarrollo de habilidades de entrevista usando simulación clínica en fonología

Victoria del Pilar Aguilar-Fuentealba ^{a,*} y Cristhian Exequel Pérez-Villalobos ^b

^a *Exercise and Rehabilitation Sciences Institute, School of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Universidad Andres Bello, Santiago, 7591538, Chile.*

^b *Medical Education Department, School of Medicine, Universidad de Concepción, Chile.*

RESUMEN

La evaluación clínica objetiva estructurada (ECO), es un tipo de simulación clínica que ha provocado cambios destacados en el desarrollo de habilidades para realizar entrevistas clínicas, específicamente en anamnesis y comunicación. Sin embargo, existe escasa evidencia sobre su utilización en Fonoaudiología. El propósito de este trabajo es analizar la utilización del ECO formativo como una estrategia pedagógica para enseñar habilidades de entrevista clínica en el segundo nivel formativo de Fonoaudiología. Este estudio es de naturaleza cuantitativa y analítico-relacional, de diseño cuasi experimental, antes y después. La muestra incluyó a 17 estudiantes de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad Andres Bello. Se evaluó la entrevista clínica empleando una escala de observación y una escala de autoeficacia, tanto antes como después del ECO formativo. Durante la ejecución, se aplicaron tres pautas de observación: anamnesis, juicio clínico y comunicación. Finalmente, los estudiantes completaron una encuesta de percepción respecto a la metodología de ECO. Todos los participantes mostraron mejoras en sus habilidades para realizar entrevistas clínicas y en sus niveles de autoeficacia, siendo estadísticamente significativas las diferencias en anamnesis y comunicación ($p < 0,05$). Asimismo, manifestaron altos niveles de satisfacción con la metodología utilizada. Se concluye que el ECO formativo favorece el desarrollo de competencias en anamnesis y comunicación en estudiantes de la Carrera de Fonoaudiología, además de incrementar su autoeficacia en estas áreas. También manifestaron un elevado grado de satisfacción con el método utilizado.

Palabras clave:

Simulación; Paciente Simulado; Evaluación Clínica Objetiva Estructurada; Fonoaudiología; Entrevista Clínica

Development of Interview Skills Using Clinical Simulation in Speech-Language Therapy

ABSTRACT

Objective structured clinical evaluation (OSCE) is a type of clinical simulation that has significantly changed how clinical interview skills are developed, specifically regarding anamnesis and communication. However, there is little evidence of its use in speech-language therapy. The purpose of this work was to analyze the use of formative OSCE as a pedagogical strategy to teach clinical interview skills in the second year of a Speech-Language Therapy program. This is a quantitative and analytical-relational study with a quasi-experimental, pre-post design. The sample included 17 students from the Speech Therapy program at Universidad Andres Bello. Clinical interview skills were evaluated using an observation scale and a self-efficacy scale, both before and after the formative OSCE. Three observation guidelines were applied during the interview: anamnesis, clinical judgment, and communication. Finally, students completed a survey on their perception of the OSCE methodology. All participants showed improvements in their clinical interview skills and their levels of self-efficacy. The differences in anamnesis and communication were statistically significant ($p < 0.05$). Similarly, they expressed high levels of satisfaction with the methodology. In conclusion, formative OSCE favors the development of anamnesis and communication competencies in speech-language therapy students, in addition to increasing their self-efficacy in these areas. Furthermore, the participants expressed a high degree of satisfaction with the method.

Keywords:

Simulation Training; Patient Simulation; Objective Structured Clinical Evaluation (Osce); Speech-Language Therapy; Interview as Topic

*Autor/a correspondiente: Victoria del Pilar Aguilar-Fuentealba
Email: victoria.aguilar@unab.cl

Recibido: 16-01-2024
Aceptado: 02-10-2024
Publicado: 10-12-2024

INTRODUCCIÓN

La obtención de competencias en la educación profesional, requiere emplear estrategias pedagógicas que impulsen un desarrollo teórico-práctico y comportamental de manera integral en los estudiantes (Mantilla et al., 2021). En este contexto, la simulación clínica se presenta como una metodología educativa, que permite reemplazar las experiencias reales, mediante escenarios guiados que evocan o replican aspectos fundamentales del mundo real, de manera completamente interactiva (Gaba, 2004). Destaca frente a otras metodologías (Bartlett et al., 2021), tanto por la posibilidad de equivocación sin consecuencias negativas para el usuario como por la rápida generalización de las competencias a los distintos contextos de desempeño (Gaba, 2000, 2004; Hewat et al., 2020; Maran & Glavin, 2003). Diversos estudios han mostrado impactos significativos en el aprendizaje teórico (Quigley & Regan, 2020), en la comunicación (Bartlett et al., 2021), la colaboración interdisciplinaria y en la reducción del estrés (Farrés Tarafa et al., 2015; Okuda et al., 2009; Penman et al., 2021; Quigley & Regan, 2020). Estas valiosas ventajas, han impulsado el desarrollo del Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOFE), en el que se evalúa una amplia gama de competencias mediante diversas metodologías y escenarios simulados de trabajo (Casey et al., 2009). Algunas de las competencias de mayor impacto profesional y que resultan altamente susceptibles de ser evaluadas y potenciadas a través del ECOFE son la anamnesis, el juicio clínico y la comunicación (Boursicot et al., 2021).

El ECOFE ha sido tradicionalmente utilizado como instrumento de evaluación de alto impacto o High Stakes Assessment; sin embargo, desde Ottawa Conference en el año 2020, se ha enfatizado en la necesidad de movilizar el ECOFE hacia una evaluación formativa (Boursicot et al., 2021, 2023). Ello, debido principalmente a su potencial para impulsar el proceso de aprendizaje a través de escenarios de alta fidelidad con pacientes simulados estandarizados (PSE) y el uso de la retroalimentación efectiva (Behrens et al., 2018; Doyle et al., 2024). En Chile, existen reportes de experiencias en la Carrera de Medicina, sobre su uso con fines formativos aplicados de manera presencial (Bozzo Navarrete et al., 2020) y remota (Jadue et al., 2023). Dichos reportes dan cuenta del poder educativo y catalítico del ECOFE, atributos que desde el año 2020 se recomienda considerar y promover (Boursicot et al., 2021, 2023). No obstante, no se han encontrado informes sobre su efectividad pedagógica en otras disciplinas médicas, tales como Fonoaudiología, un escenario que también se observa a nivel internacional (Bressmann & Eriks-Brophy, 2012; Quigley & Regan, 2020).

En la literatura latinoamericana (indexada en Scopus, WOS, Scielo, LILACS y PubMed) sólo se encontró un reporte del uso del ECOFE como estrategia de enseñanza e instrumento de evaluación en Fonoaudiología. El informe detalla cómo los estudiantes, de cuarto año, muestran avances, que son estadísticamente significativos, en las habilidades requeridas para el primer nivel de atención en salud, después de haber participado en sesiones de ECOFE formativo (Bustos et al., 2018).

La relevancia de la simulación en la Carrera de Fonoaudiología, se encuentra en su capacidad para fomentar el desarrollo de competencias clínicas esenciales para la práctica profesional. El fonoaudiólogo debe involucrarse en actividades que incluyan la prevención, el diagnóstico y la intervención de personas con dificultades lingüístico-comunicativas, articulatorias, vocales, auditivas, deglutorias y de motricidad orofacial. Por esta razón, la entrevista médico-paciente, con sus elementos de historia médica, hipótesis diagnóstica e interacción comunicativa, resulta fundamental para alcanzar un trabajo colaborativo efectivo con la familia, la comunidad y el equipo interdisciplinario (Bustos et al., 2018). En este escenario, el formato de simulación clínica, en el que se utilizan PSE, emerge como una metodología de evaluación y enseñanza de alto impacto educativo para la Carrera de Fonoaudiología. Ello, debido principalmente a su alto grado de fidelidad con la realidad, su reducido costo económico y la gran evidencia que posee a su favor (Alinier, 2007; Levine & Swartz, 2008).

El propósito de esta investigación fue analizar la utilización del ECOFE formativo, como estrategia pedagógica para el desarrollo de la competencia de entrevista clínica, en un curso de Neurolingüística, dictado en el segundo año del programa de Fonoaudiología.

MÉTODO

El conjunto de datos analizados en este artículo fue previamente recogido y presentado en la tesis “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”, defendida por la autora principal en la Universidad de Concepción, Chile (Aguilar, 2020).

Se utilizó un enfoque cuantitativo con un análisis de tipo relacional. El diseño fue de naturaleza experimental, más precisamente pre-experimental, incluyendo pretest y posttest. Se

evaluó el desempeño de los estudiantes antes y después de aplicar la metodología de ECOE formativo.

Participantes

El grupo de participantes consistió en 17 estudiantes regulares de la Carrera de Fonoaudiología, quienes estaban matriculados en la asignatura de Neurolingüística. Estos estudiantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico basado en la accesibilidad. Se excluyó a aquellos que no participaron en al menos el 75% de las actividades relacionadas con la asignatura.

Instrumentos de Evaluación

La habilidad para llevar a cabo una entrevista clínica fue analizada mediante una escala de observación, específica para entrevistas clínicas, y, una escala de autoeficacia asociada, tanto antes como después del ECOE formativo. Durante la fase de implementación del ECOE formativo, la entrevista clínica se dividió en tres componentes esenciales: anamnesis, juicio clínico y comunicación. Por esta razón, fue necesario desarrollar y emplear una lista de cotejo distinta para cada componente de la entrevista clínica. Al concluir, los estudiantes completaron una encuesta de percepción para expresar su satisfacción respecto a la metodología del ECOE. Todas las herramientas de evaluación, fueron diseñados por la investigadora y validados por un panel de cinco expertos.

Escala de observación de entrevista clínica

La entrevista clínica fue evaluada por medio de una escala de observación, de graduación numérica, con tres opciones (1=no logrado; 2=medianamente logrado; 3=logrado). Su objetivo principal fue detallar el nivel de desarrollo de las habilidades necesarias para llevar a cabo una entrevista clínica. Este instrumento contó con 16 ítems, divididos en tres categorías: Anamnesis (5 ítems), Juicio Clínico (4 ítems) y Comunicación (7 ítems).

Escala de autoeficacia en entrevista clínica

La autoeficacia del estudiante sobre sus habilidades de entrevista clínica, fue medida a través de una escala de apreciación, con graduación numérica, de tres opciones (1=no logrado; 2=medianamente logrado; 3=logrado) y fue aplicada antes y después del ECOE formativo. Este instrumento, al igual que la escala de observación de entrevista clínica, abarcaba las dimensiones de Anamnesis (5 ítems), Juicio clínico (4 ítems) y Comunicación (7 ítems), sumando un total de 16 ítems que evaluaban la percepción del estudiante sobre sus habilidades para llevar a cabo entrevistas clínicas.

Encuesta de percepción

La percepción de los estudiantes respecto a la metodología de ECOE, fue evaluada a través de una escala tipo Likert, de cuatro alternativas (1=total desacuerdo; 2=desacuerdo; 3=de acuerdo; 4=muy de acuerdo). Dicha escala, fue aplicada al finalizar el ECOE formativo. El instrumento contó con cinco dimensiones: metodología de enseñanza y aprendizaje (5 ítems), planificación por competencias (4 ítems), procedimiento (5 ítems), satisfacción (5 ítems) y recursos materiales y humanos (4 ítems), sumando un total de 23 afirmaciones sobre la metodología y el grado de satisfacción con la misma.

Procedimiento

1. Entrenamiento de los PSE y examinadores participantes en los ECOE

El entrenamiento de los PSE fue llevado a cabo en una sesión de 4 horas cronológicas, 4 semanas antes del ECOE. La sesión estuvo a cargo de la investigadora y una profesora de enfermería certificada en simulación clínica. Los PSE fueron interpretados por alumnos del último nivel formativo de fonoaudiología y que se encontraban en la etapa de práctica profesional. Dentro de la capacitación, se analizaron 4 escenarios clínicos: uno para medir las habilidades de entrevista clínica de los participantes antes y después de la intervención y tres para los escenarios clínicos del ECOE formativo. Se analizaron los diálogos y las características de los pacientes a representar (físicas, psicológico-emocionales y conductuales). Se subrayó la relevancia de ofrecer una representación estandarizada del caso, con el propósito de que los participantes se enfrentaran a un nivel constante de complejidad sintomatológica en cada escenario clínico. La capacitación concluyó con la representación de los casos y la entrega de retroalimentación por parte de las docentes responsables. Los PSE fueron certificados por su colaboración en la innovación metodológica y por la capacitación recibida como PSE.

Durante las 4 semanas previas al ECOE, los examinadores practicaron la entrega de retroalimentación efectiva a través del análisis de videos y role playing.

2. Intervención educativa

La intervención educativa contó con 4 etapas: preparación, pre intervención, ECOE formativo, etapa de post intervención.

2.1. Etapa de preparación

Cuatro semanas antes del ECOE, se entregó material escrito sobre entrevista clínica, afasia y comunicación a los estudiantes del segundo nivel formativo de Fonoaudiología.

2.2. Etapa de pre intervención

Cuatro semanas más tarde, cada estudiante realizó una entrevista clínica a un PSE con afasia de Broca, sin un entrenamiento previo

en anamnesis, juicio clínico ni comunicación. Se buscaba, con la actividad, realizar un diagnóstico de la competencia de entrevista clínica de los estudiantes.

Al terminar la interacción clínica, cada participante contestó la escala de autoeficacia en entrevista clínica. El registro audiovisual de la actividad fue analizado por dos evaluadores: la investigadora y la docente de enfermería con certificación en simulación.

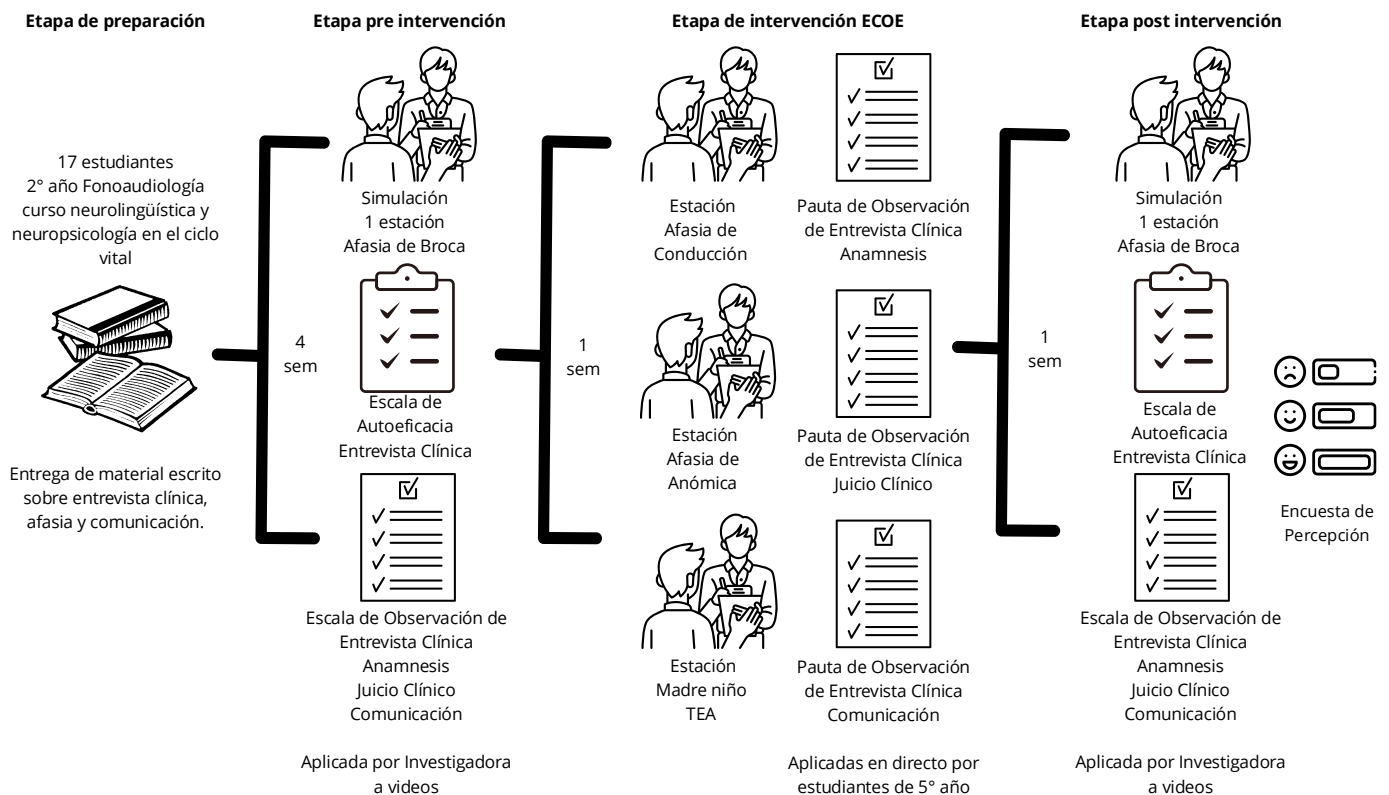


Figura 1. Resumen de principales hitos en la intervención educativa analizada.

2.3. ECOE formativo

Una semana más tarde, los estudiantes participaron del ECOE. Ellos enfrentaron tres estaciones de interacciones clínicas: anamnesis, juicio clínico y comunicación y una estación teórico-escrita. El tiempo destinado para desarrollar cada estación fue de 5 minutos, de los cuales 4 se destinaron a la interacción con el PSE y 1 minuto para la retroalimentación del estudiante. En las primeras tres estaciones, había un PSE con afasia de conducción, otro con afasia anómica y un adulto responsable de usuario con trastorno del espectro autista (TEA), respectivamente. El cuarto

escenario, correspondía un caso clínico escrito de una afasia transcortical sensorial. La retroalimentación de los participantes, fue llevada a cabo por alumnos del último ciclo formativo de Fonoaudiología, quienes se encontraban cursando su etapa de práctica profesional. Dicha retroalimentación se basó en las pautas de observación de anamnesis, juicio clínico y comunicación utilizadas en las tres primeras estaciones.

2.4. Etapa de post intervención

Los estudiantes fueron citados, una semana más tarde, para realizar la entrevista del paciente con afasia de Broca de forma

individual. Al igual que en la etapa de pre intervención, el registro audiovisual de la actividad fue analizado posteriormente por las mismas dos evaluadoras, quienes usaron la escala de observación de entrevista clínica. Al finalizar la entrevista, los participantes contestaron nuevamente la escala de autoeficacia en entrevista clínica (misma utilizada en pre intervención) y una encuesta de percepción respecto a la innovación pedagógica. Finalmente, a cada uno de los participantes, se les envió por medio de un correo electrónico personal, un informe escrito detallando los resultados de su desempeño en la competencia para llevar a cabo la entrevista clínica. La figura 1 muestra un resumen de los principales logros del ECOE formativo.

Análisis estadístico

En primera instancia, se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables incluidas en la muestra. Este proceso incluyó un estudio detallado de las frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. En cuanto a las variables numéricas, se examinaron medidas como la media, la desviación estándar, y los valores mínimo y máximo.

En el caso de la encuesta de percepción, autoeficacia y pautas de observación, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach con el objetivo de determinar la consistencia interna de los factores y se presentaron los puntajes en términos de su media, desviación estándar, y los valores mínimo y máximo.

Para evaluar las diferencias en los resultados obtenidos antes y después del ECOE formativo, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas y se utilizó el software Stata SE 16, para efectuar los análisis estadísticos.

Consideraciones éticas

El comité ético científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, dio su aprobación para el desarrollo de la investigación. La participación de los estudiantes fue confidencial, libre y voluntaria. Los participantes firmaron un consentimiento informado en el que se le explicaron los objetivos, el procedimiento, el tiempo requerido y su derecho a recibir un informe personal sobre su desempeño. Además, la investigación aseguró un trato equitativo para todos los involucrados, garantizando que ningún grupo vulnerable fuera abusado.

RESULTADOS

En el análisis de los resultados del pretest, se identificaron diferencias en las mediciones de los dos evaluadores. Para el

evaluador 1 (investigadora), el área de mayor desempeño fue comunicación, alcanzando un 45,5%. Por otro lado, el evaluador 2 (docente de enfermería con especialización en simulación), identificó el mejor desempeño en anamnesis, con un 49,5%. Sin embargo, ambos evaluadores coincidieron en señalar que el área de menor desempeño fue el juicio clínico, con puntuaciones de 30,0% y 36,0%, respectivamente. Estos hallazgos se detallan en la Tabla 1, proporcionando una visión clara de las áreas de fortaleza y oportunidad antes de la intervención.

Tabla 1. Análisis descriptivo del desempeño estudiantil en el Pretest de la entrevista clínica según evaluadores.

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

N = 17

En el postest, se evidenció que el evaluador 1 identificó el rendimiento más destacado en la competencia de comunicación, con una valoración del 60,0%, mientras que el evaluador 2 otorgó una calificación superior a la competencia de anamnesis, alcanzando el 77,0%. Asimismo, ambos evaluadores concordaron en que el desempeño más deficiente se presentó en la competencia de juicio clínico, con puntuaciones de 43,5% y 56,5%, respectivamente. Los resultados detallados del postest se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2. Análisis descriptivo del desempeño estudiantil en el Pretest de la entrevista clínica según evaluadores.

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

N = 17

Para todo efecto, el desempeño estudiantil en la entrevista clínica, fue superior en el postest en comparación con el pretest. Para determinar si estas diferencias eran estadísticamente significativas, se aplicó la prueba de Wilcoxon. Los resultados indicaron que, para ambos evaluadores, el incremento en los desempeños en las competencias de anamnesis y comunicación, resultó estadísticamente significativo. Sin embargo, aunque la mejora en el juicio clínico, evaluada por ambos, no alcanzó significancia estadística, la probabilidad de error tipo I (p) estuvo muy cercana al umbral convencional de significancia ($p < 0,05$). Los resultados detallados se presentan en la Tabla 3.

Respecto a la confiabilidad de la escala de autoeficacia en las mediciones del pre y post test, se observó que el área de comunicación, presentaba una confiabilidad considerada buena en el pretest ($\alpha = 0,83$), pero que disminuía a un nivel de confiabilidad pobre en el postest ($\alpha = 0,59$). En respuesta a esta disminución, se decidió eliminar el ítem 1 ("respetar aspectos formales: saludo,

presentación, despedida") y recalcular el puntaje utilizando únicamente los ítems restantes de dicho factor. Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 4.

Tabla 3. Comparación entre el desempeño de los estudiantes 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; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Tabla 4. Análisis descriptivo de la autoeficacia reportada por los estudiantes en la entrevista clínica.

	Escala	α	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 ¹	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; 1 sin considerar ítem 1; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

El nivel de satisfacción asociada a cada indicador, se obtuvo a través del cálculo de los promedios de las respuestas asociadas a cada uno de ellos. La confiabilidad osciló entre $\alpha = 0,60$ y $\alpha = 0,84$, siendo adecuada para su aplicación en investigación en cuatro de los cinco indicadores, al igual que en la escala de satisfacción global ($\alpha = 0,73$). Sin embargo, el indicador de recursos presentó una confiabilidad de $\alpha = 0,44$. Se realizó un análisis de capacidad discriminativa en el que se identificó que el ítem 1 tenía una correlación negativa con dicho indicador. Por consiguiente, se optó por eliminar este ítem del cálculo de la escala, lo que incrementó la confiabilidad a $\alpha = 0,63$.

Los resultados indican que todos los aspectos reflejan un alto nivel de satisfacción. Por su parte, los elementos que recibieron mejores calificaciones, considerando una escala de 1 a 4, fueron el método y los recursos utilizados, mientras que el procedimiento fue lo que

recibió la evaluación más baja. Estos resultados se presentan en la Tabla 5.

Tabla 4. Análisis descriptivo del nivel de satisfacción de los estudiantes con la metodología de ECOE formativo.

Tema	α	M	DE	Mín	Máx
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.

DISCUSIÓN

La habilidad de los estudiantes para llevar a cabo una entrevista de carácter diagnóstica, en la que se debe realizar anamnesis, aplicar juicio clínico y utilizar habilidades comunicativas, fue evaluada antes y después del ECOE formativo. En este contexto, se observaron cambios significativos únicamente en los componentes de anamnesis y comunicación, mientras que el juicio clínico no mostró variaciones, lo que podría deberse al bajo nivel de formación en evaluación y diagnóstico que tienen los estudiantes del segundo nivel formativo de Fonoaudiología. Investigaciones previas, han demostrado mejoras en la competencia de anamnesis en estudiantes de Medicina (Jadue et al., 2023), así como también en la habilidad comunicativa, tanto en estudiantes de Enfermería (Farrés Tarafa et al., 2015) como de Medicina, utilizando la metodología ECOE (Farrés Tarafa et al., 2015; Fernández-Quiroga et al., 2017; Levine & Swartz, 2008; Sogi et al., 2007). Por el contrario, estos resultados contrastan con estudios en Fonoaudiología, donde no se han observado mejoras en la comunicación, pero sí en el juicio clínico (Moineau et al., 2018; Zraick et al., 2003). Resulta significativo observar que las mejoras en los componentes de anamnesis y comunicación, se lograron en 3 semanas de intervención; esto coincide con los hallazgos de Fernández-Quiroga et al. (2017), quienes informaron de avances en comunicación en estudiantes de sexto y séptimo año de Medicina, después de 3 sesiones de simulación. Estos resultados podrían explicarse por la posibilidad de repetición (Gaba, 2004), el uso de PSE y la entrega de retroalimentación efectiva en cada estación del ECOE (Behrens et al., 2018; Doyle et al., 2024; Ferrando-Castagnetto et al., 2019; Hernández Gutiérrez et al., 2017; Pugh et al., 2018).

El incremento en los niveles de autoeficacia durante la entrevista clínica, observado en los estudiantes de Fonoaudiología, tras participar en el ECOE formativo, coincide con estudios que muestran una correlación positiva entre la autoeficacia y la experiencia de simulación mediante PSE (Fernández-Ayuso et al., 2018; Ward et al., 2015).

Respecto al nivel de satisfacción, los datos indican que los alumnos experimentaron un elevado grado de satisfacción con la innovación educativa. Dentro de las apreciaciones, destaca la utilidad de la metodología en la formación disciplinar y su coherencia con los objetivos del curso. Lo anterior, concuerda con otras investigaciones que han evaluado esta variable en estudiantes de Enfermería y Medicina (Alarcón M., 2013; Farrés Tarafa et al., 2015; Ferrando-Castagnetto et al., 2019) y Fonoaudiología (Díaz et al., 2013; Hewat et al., 2020; Quigley & Regan, 2020). En este estudio, los indicadores con mejores

calificaciones fueron la estrategia educativa y los insumos utilizados. Por otro lado, el indicador relacionado con el procedimiento fue el peor evaluado. Este resultado podría deberse a la baja puntuación que los estudiantes dieron al tiempo disponible en cada escenario del ECOE. Muchos de ellos manifestaron que el tiempo era insuficiente para interactuar con el PSE y recibir la retroalimentación del examinador (estudiante del último año de formación en Fonoaudiología). Lo anterior, resulta coincidente con lo observado en estudiantes de Enfermería (Alarcón M., 2013).

Los resultados de esta investigación, indican que la aplicación de la metodología ECOE formativo con PSE, facilita el desarrollo de habilidades en anamnesis y comunicación en alumnos de Fonoaudiología, un descubrimiento que no tiene antecedentes en la documentación existente.

El impacto educativo del ECOE, se manifiesta en la posibilidad de fomentar dos competencias esenciales para la formación disciplinar del fonoaudiólogo: el historial anamnésico y las habilidades comunicativas. Estas habilidades resultan esenciales para asegurar una buena relación con el usuario y su contexto, así como también con el resto del equipo profesional involucrado. Lo anterior, se traduce en la posibilidad de liderar procesos evaluativo-diagnósticos y de abordaje de mejor calidad, caracterizados por altos niveles de compromiso con los objetivos planteados, y una fuerte relación fonoaudiólogo-paciente, basada en la comunicación efectiva.

Limitaciones del estudio

Dentro de los factores que pudieron limitar el alcance de los resultados del presente trabajo, se encuentran el tamaño muestral, la cantidad de estaciones y el uso de pautas dicotómicas. Debido a ello, se sugiere aumentar la cantidad de participantes y de estaciones del ECOE, así como también, la consideración de un grupo control, que permita evidenciar con mayor certeza, la efectividad de la metodología utilizada. Además, es aconsejable otorgar mayor cantidad de tiempo en cada estación para la simulación y retroalimentación. En cuanto al tipo de instrumento, se sugiere el uso de escalas de valoración o rúbricas de desempeño, por sobre pautas dicotómicas de observación, ya que facilitan el análisis gradual o por niveles de logro de la competencia y promueven la retroalimentación efectiva del estudiante. En la misma línea, resulta pertinente considerar el uso de instrumentos estandarizados para la población chilena, como por ejemplo, el Instrumento de Evaluación de la Comunicación o Communication Assessment Tool (CAT), que brinda la posibilidad de que el PSE sea quien evalúe la comunicación del

estudiante (Armijo-Rivera et al., 2021). Por último, se sugiere evitar las estaciones teóricas con preguntas de respuesta breve, como la 4ta estación de esta investigación, ya que no requieren del despliegue de habilidades clínicas susceptibles de ser desarrolladas a través de la metodología de ECOE formativo.

CONCLUSIONES

El uso de la simulación clínica, en su versión de EOE formativo, contribuye significativamente al desarrollo de competencias esenciales para la realización de entrevistas clínicas en Fonoaudiología, especialmente en las áreas de anamnesis y comunicación. Asimismo, esta metodología fomenta un incremento en los niveles de autoeficacia percibida por los estudiantes en relación con sus capacidades para llevar a cabo entrevistas clínicas. Por último, se observa un alto grado de satisfacción, respecto al uso del ECOE formativo como estrategia pedagógica para la enseñanza de entrevistas clínicas.

REFERENCIAS

- Aguilar, V. (2020). 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 [Tesis de Magister, Universidad de Concepción]. <https://repositorio.udec.cl/server/api/core/bitstreams/ff34a274-52c7-4df1-8e6b-73c5b31ff751/content>
- Alarcón M., Á. (2013). Incorporación del Examen Clínico Objetivo Estructurado (EEOE) en la Carrera de Enfermería. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 10(1), 18–22.
- Alinier, G. (2007). A typology of educationally focused medical simulation tools. *Medical Teacher*, 29(8), e243–e250. <https://doi.org/10.1080/01421590701551185>
- Armijo-Rivera, S., Behrens, C. C., Giacconi, M. E., Hurtado, A. S., Fernandez, M. R., Parra, P. A., Morales, M. V., & Makoul, G. (2021). Validación de la versión en español de un instrumento de evaluación de la comunicación centrada en el paciente en OSCE. *Educación Médica*, 22(4), 193–198. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.12.007>
- Bartlett, R. S., Bruecker, S., & Eccleston, B. (2021). High-Fidelity Simulation Improves Long-Term Knowledge of Clinical Swallow Evaluation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2), 673–686. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00240
- Behrens, C., Morales, V., Parra, P., Hurtado, A., Fernández, R., Giacconi, E., Santelices, L., Armijo, S., Furman, G., Behrens, C., Morales, V., Parra, P., Hurtado, A., Fernández, R., Giacconi, E., Santelices, L., Armijo, S., & Furman, G. (2018). A standardized objective structured clinical examination to assess clinical competencies in medical students. *Revista médica de Chile*, 146(10), 1197–1204. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872018001001197>
- Boursicot, K., Kemp, S., Norcini, J., Nadarajah, V. D., Humphrey-Murto, S., Archer, E., Williams, J., Pyörälä, E., & Möller, R. (2023). Synthesis and perspectives from the Ottawa 2022 conference on the assessment of competence. *Medical Teacher*, 45(9), 978–983. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2174420>
- Boursicot, K., Kemp, S., Wilkinson, T., Findyartini, A., Canning, C., Cilliers, F., & Fuller, R. (2021). Performance assessment: Consensus statement and recommendations from the 2020 Ottawa Conference. *Medical Teacher*, 43(1), 58–67. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1830052>
- Bozzo Navarrete, S., Arancibia Salvo, C., Contreras Reyes, D., Pérez González, L., Bozzo Navarrete, S., Arancibia Salvo, C., Contreras Reyes, D., & Pérez González, L. (2020). Structured clinical examinations with simulated patients during internal medicine clerkship. *Revista médica de Chile*, 148(6), 810–817. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000600810>
- Bressmann, T., & Eriks-Brophy, A. (2012). Use of simulated patients for a student learning experience on managing difficult patient behaviour in speech-language pathology contexts. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(2), 165–173. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.638727>
- Bustos, M., Arancibia, C., Muñoz, N., & Azócar, J. (2018). La Simulación Clínica en Atención Primaria de Salud en contexto de docencia: Una experiencia con estudiantes de Fonoaudiología. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 17, 1–14. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2018.51599>
- Casey, P. M., Goepfert, A. R., Espey, E. L., Hammoud, M. M., Kaczmarczyk, J. M., Katz, N. T., Neutens, J. J., Nuthalapaty, F. S., & Peskin, E. (2009). To the point: Reviews in medical education—the Objective Structured Clinical Examination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(1), 25–34. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.09.878>
- Díaz, M., Arancibia, C., & Bozzo, S. (2013). Factibilidad de realizar un examen clínico objetivo y estructurado en la carrera de Fonoaudiología. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 24(2), 123–129. <https://doi.org/10.5354/2735-7996.2013.73334>
- Doyle, A. J., Sullivan, C., O’Toole, M., Tjin, A., Simiceva, A., Collins, N., Murphy, P., Anderson, M. J., Mulhall, C., Condron, C., Nestel, D., MacAulay, R., McNaughton, N., Coffey, F., & Eppich, W. (2024). Training simulated participants for role portrayal and feedback practices in communication skills training: A BEME scoping review: BEME Guide No. 86. *Medical Teacher*, 46(2), 162–178. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2241621>
- Farrés Tarafa, M., Miguel Ruiz, D., Almazor, A., Insa, E., Hurtado, B., Nebot, C., Morera, M. J., Moreno Arroyo, M. C., Bande, D., & Roldán Merino, J. (2015). Simulación clínica en enfermería comunitaria. FEM: *Revista de La Fundación Educación Médica*, 18, s62–s66. <https://doi.org/10.4321/S2014-98322015000300010>
- Fernández-Ayuso, D., del Campo Cazallas, C., Fernández Ayuso, R. M., Pérez Olmo, J. L., Morillo Rodríguez, J., & Matías Pompa, B. (2018). Relación entre la autopercepción y autoeficacia para el desarrollo de competencias en soporte vital en entornos de simulación clínica de alta fidelidad. *Educación Médica*, 19(6), 320–326. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.030>
- Fernández-Quiroga, M. R., Yévenes, V., Gómez, D., & Villarroel, E. (2017). Uso de la simulación clínica como estrategia de aprendizaje para el desarrollo de habilidades comunicacionales en estudiantes de medicina. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 20(6), 301. <https://doi.org/10.33588/fem.206.921>
- Ferrando-Castagnetto, F., Macri, E., Silva, A., Padula, D., & Garcés, G. (2019). 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. *Educación Médica*, 20, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.009>

- Gaba, D. M. (2000). Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. *BMJ*, 320(7237), 785–788. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.785>
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *BMJ Quality & Safety*, 13(suppl 1), i2–i10. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.009878>
- Hernández Gutiérrez, L. S., Trejo, J. A., & Marín Campos, Y. (2017). Diseño de un ECOE para evaluar habilidades clínicas en neurología en estudiantes del quinto año. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 248–254. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.002>
- Hewat, S., Penman, A., Davidson, B., Baldac, S., Howells, S., Walters, J., Purcell, A., Cardell, E., McCabe, P., Caird, E., Ward, E., & Hill, A. E. (2020). A framework to support the development of quality simulation-based learning programmes in speech–language pathology. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(2), 287–300. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12515>
- Jadue, M., Munitiz, P., Torres, L.-M., Blacutt, M., Armijo-Rivera, S., & Reyes, E.-P. (2023). Comparison of achievement in anamnesis skills in on-site and online formative Objective Structured Clinical Exam. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias*, 2, 427–427. <https://doi.org/10.56294/sctconf2023427>
- Levine, A. I., & Swartz, M. H. (2008). Standardized patients: The “other” simulation. *Journal of Critical Care*, 23(2), 179–184. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.12.001>
- Mantilla, G., Ariza, K., Santamaria, A., & Moreno, S. (2021). Educación médica basada en competencias: Revisión de enfoque. *Universitas Medica*, 62(2), Article 2. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-2.emed>
- Maran, N. J., & Glavin, R. J. (2003). Low- to high-fidelity simulation – a continuum of medical education? *Medical Education*, 37(s1), 22–28. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.37.s1.9.x>
- Moineau, S., Bennett, D., & Scheer-Cohen, A. (2018). Aphasia simulation: A perspective from the student and standardized patient. *Teaching and Learning in Communication Sciences & Disorders*, 2(1). <https://doi.org/10.30707/TLCSD2.1Moineau>
- Okuda, Y., Bryson, E. O., DeMaria Jr, S., Jacobson, L., Quinones, J., Shen, B., & Levine, A. I. (2009). The Utility of Simulation in Medical Education: What Is the Evidence? *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 76(4), 330–343. <https://doi.org/10.1002/msj.20127>
- Penman, A., Hill, A. E., Hewat, S., & Scarinci, N. (2021). Does a simulation-based learning programme assist with the development of speech–language pathology students’ clinical skills in stuttering management? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(6), 1334–1346. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12670>
- Pugh, D., Desjardins, I., & Eva, K. (2018). How do formative objective structured clinical examinations drive learning? Analysis of residents’ perceptions. *Medical Teacher*, 40(1), 45–52. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1388502>
- Quigley, D., & Regan, J. (2020). Introduction of the Objective Structured Clinical Examination in Speech and Language Therapy Education: Student Perspectives. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 73(4), 316–325. <https://doi.org/10.1159/000508445>
- Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M. Á., & Salcedo, C. (2007). Percepción de formación en entrevista, relación y comunicación médico paciente: Encuesta en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(2), 159–167.
- Ward, E. C., Hill, A. E., Nund, R. L., Rumbach, A. F., Walker-Smith, K., Wright, S. E., Kelly, K., & Dodrill, P. (2015). Developing clinical skills in paediatric dysphagia management using human patient simulation (HPS). *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 230–240. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1025846>
- Zraick, R. I., Allen, R. M., & Johnson, S. B. (2003). The Use of Standardized Patients To Teach and Test Interpersonal and Communication Skills with Students in Speech-Language Pathology. *Advances in Health Sciences Education*, 8(3), 237–248. <https://doi.org/10.1023/A:1026015430376>

ANEXO 1. Encuesta de percepción sobre la metodología de 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 (EEOE) 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 desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
I. METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE				
<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
II. PLANIFICACIÓN POR COMPETENCIAS				
<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
III. PROCEDIMIENTO				
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
IV. SATISFACCIÓN				
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 esta 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
V. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS				
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

Observaciones y/o comentarios adicionales

ANEXO 2. Escala de autoeficacia en entrevista clínica.

Nombre del alumno	:	
Fecha	:	

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
I. ANAMNESIS			
<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
II. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLÓGICA			
<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 las posibilidades terapéuticas	3	2	1
III. COMUNICACIÓN			
<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

Observaciones y/o comentarios adicionales

ANEXO 3. Escala de observación de entrevista clínica.

Nombre del alumno	:	
Nombre del evaluador	:	
Fecha	:	

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
I. ANAMNESIS			
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
II. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLÓGICA			
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 las posibilidades terapéuticas	3	2	1
III. COMUNICACIÓN			
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

Observaciones y/o comentarios adicionales

ANEXO 4. Pauta de observación anamnesis (ECO).E).

Nombre del alumno	:	
Nombre del evaluador	:	
Fecha	:	

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

Observaciones y/o comentarios adicionales

ANEXO 5. Pauta de observación juicio clínico (ECO).

Nombre del alumno	:	
Nombre del evaluador	:	
Fecha	:	

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

Observaciones y/o comentarios adicionales

ANEXO 6. Pauta de observación de la comunicación (ECOE).

Nombre del alumno	:	
Nombre del evaluador	:	
Fecha	:	

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

Observaciones y/o comentarios adicionales