

EXPERIENCIA EN DOCENCIA

# Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE) para la adquisición de habilidades y destrezas comunicacionales.

ANGÉLICA MONTENEGRO M.\*a, CLAUDIA OMSTEIN L.\*b y LAURA RUEDA C.\*\*c

## RESUMEN

El artículo presenta una sistematización descriptiva en la metodología docente innovada que se ha venido desarrollando en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se trata de la aplicación del Objective Structured Clinical Examination, conocido como OSCE, con estudiantes de 2º año de medicina para la formación de habilidades y destrezas comunicacionales, en el marco del curso Introducción a la Clínica.

Para los integrantes del equipo docente, es de suma importancia revisar la bibliografía que sustenta los instrumentos de enseñanza-aprendizaje que se aplican, ordenar y analizar la experiencia docente.

**Palabras clave:** Educación en salud, Método de enseñanza, Habilidades comunicacionales clínicas.

## SUMMARY

### Objective Structured Clinical Examination (OSCE) for the acquisition of communicational skills and abilities.

This article presents a descriptive systematization of the innovated teaching methodology that has been developed in the Faculty of Medicine, University of Chile. It is the implementation of an Objective Structured Clinical Examination, known as (OSCE), with second year medical students in order to develop communicational skills and abilities in the context of Introduction to Clinical course.

For members of the faculty, it is extremely important to review the literature that supports teaching and learning tools applied, sort and analyze the teaching experience.

**Key words:** Health education, Teaching methods, Clinical communicational skills.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe necesidad de revisar y reformular el proceso de formación de los profesionales de la salud para responder a la realidad social de los servicios, educación y trabajo de nuestra nación. Se debe diseñar un programa generador de conocimientos y competencias, que sustancie el quehacer estratégico de estos egresados en instituciones, organismos y empresas.

La educación superior chilena es diversa y se encuentra en plena expansión. La Universidad de Chile, actualmente se sitúa entre las cuatro Universidades Latinoamericanas señaladas en el listado de mejores universidades del mundo<sup>1</sup>. Cuenta con una larga trayectoria y ha sido recientemente acreditada. Además, genera la mayor cantidad de investigaciones a nivel nacional, las que se

traducen en importante transferencia tecnológica para el país.

La Facultad de Medicina de esta Casa de Estudios, tiene la garantía de reunir todos los estudios en las Ciencias de la Salud, las que legitiman profesiones tradicionales que dedican su quehacer al cuidado de la salud, enmarcado en el contexto académico de desarrollo biomédico<sup>2</sup> y fortalece con su acción su vocación preferentemente social que la fundamenta.

El proceso formativo se diseña apuntando claramente al principio de la educación centrada en el que aprende. En este sentido, la investigación en educación en los últimos años ha contribuido a comprender mejor el proceso del aprendizaje. Hoy en día, se considera que éste es un proceso constructivista, autodirigido, colaborativo y contextual<sup>3</sup>.

Recibido: el 23/01/14, Aceptado: el 15/03/14.

\* Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

\*\* Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

a Terapeuta Ocupacional.

b Psicóloga.

c Terapeuta Ocupacional, Magíster en Bioética.

El que aprende, construye o reconstruye su conocimiento de forma activa, de forma que tenga algún significado a nivel personal; el aprendizaje se basa en el conocimiento previo y el conocimiento se basa en la comprensión de quien aprende.

El conocimiento pasa necesariamente por la elaboración personal de la información recibida y va ligado a la manera que tiene cada persona de hacer las cosas; es por lo tanto propio, idiosincrásico e intransferible<sup>4</sup>.

El presente trabajo desarrolla la consolidación, actualización metodológica OSCE (Objective Structured Clinical Examination), en la Unidad de «Comunicación humana» que se imparte como la primera parte del curso Introducción a la Clínica; unidad formativa del 2º año de Medicina y previa a las de Semiología del adulto y Semiología del niño. Para la sistematización de la experiencia docente, se revisa la evidencia publicada a la fecha, se recogen antecedentes con respecto a la percepción, como condición necesaria para los participantes del proceso de aprendizaje, y los aspectos operativos de la innovación metodológica, en el marco de la formación en competencias básicas y los comentarios de su aplicación en el diseño curricular delineado en el Plan de Estudios.

### ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LA PERCEPCIÓN

López Ibor<sup>5</sup> señala que percibir es recoger. La palabra percepción, añade, significa aprehensión y, en consecuencia, recolección directa de la situación objetiva. La percepción contempla una presencia actual del objeto percibido; lo percibido se sitúa en el espacio externo, en cambio, lo imaginado, en el espacio interno.

Desde la perspectiva fenomenológica, se plantea que toda percepción posee corporeidad y frescura sensorial. Esto significaría que, por una parte, lo percibido se presenta con carácter de propiedad, como hecho existente, como cosa dada. Por otra parte, la percepción poseería características innegables como constancia y nitidez.

Esto indudablemente sitúa al proceso perceptivo distante y diferenciado del proceso representativo. Este último, que tiene ocurrencia en el espacio interno, se caracterizaría por la volatilidad y por la opacidad de la imagen.

Es inevitable reconocer el rol que desempeñan los sentidos en la captación de la información. Se define sensación como cualquier estímulo que impacta un órgano de los sentidos. Estos serían los receptores, que poseen una capacidad de excitación y de transmisión hacia un centro integrador, el cerebro. Así entonces, estímulos visuales, sonoros, gustativos, olfativos y táctiles nos impactan en forma permanente. Luego que estas sensaciones acceden al centro integrador, este registro se somete a una serie de elaboraciones psíquicas hasta convertirse en percepción.

1. Si bien el proceso perceptivo está sometido a una serie de leyes, nos referiremos aquí, sólo a aquellas que impactan importantemente nuestra posición en relación al OSCE.

El TODO es más que la suma de las partes. Esto quiere decir que en general, se percibe el conjunto total, más que las partes elementales que lo componen. Si se asiste a un concierto, se percibirá y evaluará el rendimiento global del cantante y/o de los músicos y no lo accesorio.

2. Tendencia a la estructuración. Los elementos perceptuales aislados, tienden a organizarse de manera espontánea hasta constituir una Gestalt.

Los elementos estructurados constituirían la FIGURA, en tanto los no integrados, formarían el FONDO.

3. Principio de constancia. Las figuras tienden a ser percibidas como completas, tienen un diseño y se presentan con detalles ante nosotros.

### REFLEXIONES EN TORNO AL OSCE

El OSCE, tal y como fue concebido por Ronald Harden<sup>6</sup> en Dundee, Escocia, en 1975 es un formato de examen que incorpora diversos elementos evaluativos y que se desarrolla a lo largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas. La ventaja comparativa de este método es que permite explorar suficientemente bien, 3 de los 4 niveles de la Pirámide de Miller<sup>6</sup> (Figura 1): saber, saber cómo y demostrar cómo. El HACER, último nivel de la Pirámide sólo se demuestra en la práctica real.



Figura 1. Pirámide de Miller.

El montaje de un OSCE, se desarrolla de la siguiente manera:

1. Montaje de la RUEDA DE ESTACIONES.
2. Selección y entrenamiento de pacientes simulados ESTANDARIZADOS y EVALUADORES.
3. Puesta en marcha y desarrollo.

**RUEDA DE ESTACIONES:** Se definen como estaciones, los espacios que constituyen la unidad básica por la que pasan los examinandos y donde tiene ocurrencia la situación o caso que el estudiante tendrá que resolver: encuentros clínicos, diagnósticos por imagen, preguntas breves, etc.

Las estaciones deberán disponerse de manera tal, que el estudiante vaya transitando de una estación a otra de manera expedita. Esto obliga a los evaluadores a diseñar el circuito con antelación, en forma correlativa y haciendo uso de señales de tránsito o flujo de circulación. Si es posible contar con suficientes evaluadores, es recomendable que al menos al inicio, se sitúen profesores guías en lugares estratégicos para indicar el orden del circuito.

**SELECCIÓN Y ENTRENAMIENTO DE PACIENTES Y EVALUADORES:** Los pacientes estandarizados son actores, no necesariamente profesionales, pero que obligadamente deben ser 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.

Se debe hacer hincapié en que ofrezca siempre la misma información y en la medida de lo posible reaccione siempre de igual manera. Esta condición es la que otorgará el carácter de «estandarizado», ya que mantendría el mismo nivel de complejidad frente a todos los estudiantes.

Los actores deben ser seleccionados considerando el número de estaciones que requerirán pacientes simulados. Son determinantes para ello la edad y el sexo y, en algunas ocasiones, otra característica concreta, como por ejemplo, obesidad.

Condiciones tales como «fumador crónico» o «embarazo», se pueden lograr con un buen entrenamiento o con indumentaria apropiada.

Respecto de los evaluadores, es recomendable que sean profesionales afines con las competencias a evaluar. Esto facilitará la adecuada interpretación y la correcta ponderación del criterio a evaluar. El rol del evaluador es que constituye la máxima autoridad de la estación, debe mantener el orden y bajo ninguna circunstancia puede favorecer a algún participante.

La evaluación también puede hacerse a distancia e incluso diferida, si se emplean grabaciones o circuitos cerrados de televisión, aunque no son infrecuentes distorsiones tanto por el efecto ruido del sonido, como por la calidad de la imagen. Sin embargo, tenemos la impresión que esta modalidad de examinación, no estuvo concebida en los postulados iniciales de Harden.

Dado que la pauta de evaluación normalmente cuenta con los Ítems exigidos para cada estación, al evaluador le compete cotejar si el Ítem solicitado se

cumplió o no. Este aspecto evidentemente es más fiable de manera presencial que a distancia.

**PUESTA EN MARCHA Y DESARROLLO O LOGÍSTICA:** El OSCE se inicia una vez que los convocados acuden al lugar de examinación.

En nuestro caso, se les exige como indumentaria, que asistan con su delantal blanco y con la piocha en la solapa que dé cuenta de su identificación. La información del Coordinador de Campus debe ser otorgada con claridad, de manera que los estudiantes conozcan desde el inicio del circuito la duración de cada estación, si el circuito contempla estaciones de descanso, si las estaciones son todas con paciente simulado o si se instalaron cajas buzón para preguntas breves, etc.

El/la estudiante también deberá conocer con antelación el sistema de señal utilizado, silbato, campana u otro que dé cuenta el tiempo de finalización en cada estación.

## ANÁLISIS DE OSCE VIRTUAL/DIGITAL 2012

### Vivencia y reporte desde los evaluadores

A los evaluadores autores de este reporte, les correspondió acudir a la situación OSCE en el Campus Occidente de la Universidad de Chile donde se examinaría a los estudiantes de II año de la Carrera de Medicina en la asignatura de Introducción a la Clínica. Este Campus construyó un Centro de Habilidades Clínicas que está dotado de tecnología de última generación.

Una de las desventajas que se le atribuye a este estilo de examinación es que exige la presencia simultánea de tantos evaluadores<sup>7</sup> como estaciones contemple el proceso, además de un espacio físico acorde.

En esta circunstancia, el proceso se realizó geográficamente distante de la situación de examinación propiamente tal, de manera que al frente de cada evaluador se situó un computador que a través de una cámara de circuito cerrado de televisión, registraba al estudiante en cuestión. El evaluador portaba audífonos para el registro del sonido. En otro computador alejado a éste, se encontraba la pauta de evaluación con los ítems exigidos. Sólo se podía evaluar si el ítem se cumplía o no a cabalidad y no permitía evaluar rendimiento medio. El coordinador de campus hizo hincapié a cada alumno que, al ingresar a la sala, mencionara su nombre a viva voz de manera que el evaluador a distancia registrara el dato y evaluara a quien correspondía.

A nuestro juicio, esta modalidad, representó una serie de complejidades que describiremos a continuación.

### 1. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL

Comunicar (del latín *comunicare* = entrar en comunión con) es un acto complejo que exige desplegar habilidades y destrezas tanto verbales como no ver-

bales.

A nivel verbal, la comunicación debe ser clara, directa, honesta, transparente. No obstante, estas características son insuficientes si la narrativa del hablante no está acompañada del componente no verbal: pausas, silencios, entonación, gesticulación. Ambos componentes, verbal y no verbal, darán cuenta fidedigna tanto del mensaje entregado como del recibido.

Autores como Ekman y Friesen en 1975<sup>8</sup>, hicieron una importante contribución en cuanto a sistematizar los gestos coadyuvantes en la narrativa:

- **Gestos Ilustradores:** Apoyan o ilustran el estilo narrativo individual. Sirven para señalar volúmenes y contundencias. Dependen del ámbito cultural individual y tienen intención comunicativa explícita.
- **Gestos Adaptadores:** El cuerpo se adapta al estado afectivo en que se encuentra el sujeto. Características de éstos son morderse la cara interior del paladar o jugar con el anillo cuando se está ansioso. Son centrípetos, es decir, se dirigen hacia el propio cuerpo. Revelan estados emocionales del interlocutor. Y tienen traducción motora de dichos estados.
- **Gestos Reguladores:** Sirven para marcar, señalar o regular turnos de intervención.
- **Gestos Emblema:** Son aquellos gestos conocidos por una comunidad en particular y en consecuencia decodificados correctamente. Representan un significado en sí mismos.

Tanto la narrativa como el apoyo gestual permiten clarificar la realidad vivida, tanto como explorar y verificar la realidad vista, vivida o sentida por otro (Figura 2).



Figura 2. Imagen recogida con consentimiento de participantes.

Nos parece relevante mencionar, además, algunas características del **ATENDER CORPORAL:**

- Establecer siempre contacto cara a cara.
- Mantener contacto ocular.
- Realizar movimientos periódicos con la cabeza en sentido vertical, que es una señal inequívoca que

se está siendo escuchado.

### 1.1 ANÁLISIS DEL ASPECTO VERBAL / NO VERBAL EN LA EXAMINACIÓN

La ubicación de la cámara, claramente representó un efecto adverso, ya que daba cuenta parcial del estudiante. Según se puede constatar en las imágenes de respaldo, el estudiante se situó de espaldas al examinador, de manera tal que era imposible advertir ni registrar el componente no verbal, a nuestro juicio fundamental en la relación médico-paciente. Desde dicha ubicación sólo era posible atender y registrar el contenido verbal del estudiante.

### 2. IMPORTANCIA DEL EFECTO RUIDO

Se entiende por efecto **RUIDO**, cualquier obstáculo que interfiera en la transmisión de un mensaje. El efecto ruido puede en consecuencia estar situado en la **FUENTE** o **EMISOR**, en el **CANAL** o en el **MENSAJE**. Si esto ocurre, al **RECEPTOR** le será imposible decodificar el mensaje en forma correcta, con lo cual el proceso comunicativo se interrumpirá.

#### 2.1 ANÁLISIS DE EFECTO RUIDO EN LA EXAMINACIÓN

Escuchar es oír más que interpretar. Como ya explicitamos, si bien el Coordinador de Campus solicitó con insistencia a cada estudiante que al ingresar a la sala se presentara a viva voz, la calidad del audio no siempre lo permitía. A esto se agregaba la interferencia medioambiental, ya que donde se situaban los alumnos, estaban constituidas físicamente las 14 estaciones, de manera que era allí donde se efectuaba el silbato y el desplazamiento para transitar de una estación a otra. Esto ya agregaba un ruido adicional. Esta condición exigió un híper estado de alerta a los evaluadores a distancia, ya que era de suma importancia estar atento a escuchar con fidelidad la identificación y el abordaje terapéutico de cada estudiante.

### 3. IMPORTANCIA del FEEDBACK O RETROALIMENTACIÓN

La **RETROALIMENTACIÓN**, se entiende como el flujo circular de información que vuelve a introducirse al sistema para informar acerca de los efectos de acciones auténticas. Esto permite controlar y corregir las acciones futuras.

El enfoque intercomunicacional sostiene que los sistemas interpersonales deben entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que el comportamiento de cada persona afecta el comportamiento de cada una de las otras. En consecuencia, los diferentes participantes de una interacción, se relacionan en

forma circular. El feedback afectivo es el proceso de entregar información a una persona o grupo de manera tal, que le ayude a mejorar su conducta hacia el logro de sus objetivos.

Se entiende por información útil, la información objetiva, es decir, sólo la entrega de observación descriptiva. Se dice que es más probable que la retroalimentación sea comprendida, cuando se da inmediatamente después de observada la conducta que se quiere corregir o modificar. Por ningún motivo se deben hacer juicios morales o éticos en torno a la conducta que se desea corregir.

### 3.1 ANÁLISIS DE LA RETROALIMENTACIÓN EN LA SITUACIÓN DE EXAMINACIÓN

En versiones anteriores de OSCE, coexistían geográficamente en el mismo espacio físico, examinador y paciente simulado. Esta coexistencia témporoespacial permite al examinador, corregir en forma inmediata al paciente simulado, características tales como sobre involucramiento, sobredimensión de quejas y/o dolencias, escasa permeabilidad ante intervenciones ciertas del estudiante (cuando a criterio del examinador el ítem exigido ya estaba logrado), morigerar gestos no verbales como llanto o expresión de enojo, etc. Esta retroalimentación se iniciaba tan pronto tenía lugar al inicio del circuito, mientras que el alumno transitaba de una estación a otra. La retroalimentación afectiva permitía modificar la situación simulada y de esta manera evaluar con mayor rigor y fidelidad al estudiante.

La evaluación a distancia, situó a ambos protagonistas de la examinación en un espacio físico tal, que era imposible acceder al paciente simulado para efectuar algún tipo de corrección (Figura 2).

## DISCUSIÓN

En consideración a la función que cumple un instrumento de evaluación, se coincide con Irigoin y Vargas<sup>9</sup>, en el hecho de que un instrumento de evaluación estra-

tégico es aquel que se concibe en función del «mejoramiento de la calidad de la gestión y más precisamente de la calidad del aprendizaje», cuyos fines, tal como son concebidos en este estudio son acceder a una retroalimentación pertinente y oportuna, tanto con relación al logro de los propósitos de la formación profesional, como a la adecuación de éstos, a los requerimientos de usuarios y sociedad, respecto del perfil epidemiológico diagnosticado por el Estado, representado en las metas sanitarias gubernamentales.

En cuanto a sus resultados, el Programa de actividades prácticas del curso Introducción a la Clínica, con el propósito de formar habilidades y destrezas comunicacionales, responde a las necesidades del mercado laboral en la mayoría de las áreas donde se desempeñan sus egresados. Además, la revisión y ajuste de la línea de desarrollo profesional acorde a las necesidades que los usuarios de los servicios de salud requieren hoy.

Un aspecto que parece fundamental e imposible de soslayar, es la disquisición que plantea el fenómeno de la percepción vs la representación. Si bien la representación surge desde la propia conciencia y se reconoce como un producto de sí mismo, carece de la vivacidad y de la nitidez de la percepción.

El OSCE presencial se asemejaba más nítidamente a la percepción. Permitía tanto autocorrección como corrección al paciente simulado, lo que ponía en juego uno de los principios básicos de la retroalimentación. Si bien el evaluador a distancia «percibía» la ejecución de la situación simulada, ésta, evidentemente estaba interferida por el efecto Ruido y por la proxémica, esto es el orden espacial que establecieron los comunicantes. La percepción auditiva también se vio dificultada por la calidad del audio y las interferencias medioambientales.

Creemos que es indudable que el soporte tecnológico ha representado un importante aporte tanto en la praxis médica como en las instancias de aprendizaje educacional. No obstante, la figura presencial del médico y/o de cualquier otro profesional que proporcione una terapéutica es irremplazable. Asimismo, en las instancias de enseñanza-aprendizaje, el uso de la tecnología ha sido evaluable en términos de optimizar tiempos y recursos humanos. De cualquier forma, en situaciones de examinación, nos parece más correcto y recomendable la convergencia simultánea de profesor y estudiante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. TOP 500 World Universities. Disponible en: <http://www.shanghairanking.com/ARWU2014.html>. [Consultado 25 de abril de 2014].
2. Rosselot E. Planificando la educación médica para las próximas décadas. *Rev Med Chile* 2001; 129(12): 1473-1478.
3. Prat-Corominas J, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende. *Educ Med* 2010; 13(4): 197-203.
4. Palés Argullós J. El proceso de Bolonia, más allá de los cambios estructurales: Una visión desde la Educación Médica en España. *REDU* 2012; 10(Número especial): 35-53.
5. López Ibor JJ, López-Ibor Aliño JJ. El cuerpo y la corporalidad. Disponible en: [http://www.fundacionlopezibor.es/images/El\\_cuerpo\\_y\\_la\\_corporalidad.pdf](http://www.fundacionlopezibor.es/images/El_cuerpo_y_la_corporalidad.pdf). [Consultado 25 de abril de 2013].
6. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990; 65(9): S63-S67.
7. Castilla Luna M, López de Mesa C. Los roles del docente en la educación médica. *Educación y Educadores* 2007; 10(1): 105-113.
8. Morris Ch, Maisto A. En: *Introducción a la psicología de Ekman y Friesen*, Capítulo 8 Motivación y emoción p. 321. Pearson Educación, 1975.
9. Irigoín, Vargas F. *Competencia laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud*. Montevideo. Cinterfor / OIT, 2002.

---

Correspondencia:  
Laura Rueda C.  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile,  
Santiago, Chile.  
e-mail: lrueda@med.uchile.cl