



Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Facultad de Artes

Programa Especial de Titulación

Seminario de Grado II

Pacientes Simulados

Acuerdos entre el teatro aplicado y el aprendizaje de las ciencias médicas

Alumno: David Molina Martínez

Docente guía: Carolina Herrera Águila

Doctoranda en Letras P. Universidad

Católica de Chile.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Artes

Santiago, 2022

A mi madre, José Domingo y Clemente.

Agradecimientos

A Carolina Herrera

A Claudia Cattaneo

A mi amado Gonzalo

A mis maestros

A mis amigos y artistas.

Índice

Agradecimientos.....	3
Índice	4
Introducción.....	5
Capítulo I.....	9
Pacientes simulados: El teatro aplicado en el aprendizaje de las ciencias médicas.....	9
El teatro y sus áreas de desarrollo.	11
Una mirada a la historia de la simulación clínica	15
La salud en occidente.	17
La salud en oriente.	20
La salud en la América precolombina.	22
Capítulo II.....	25
Simulación clínica como cruce interdisciplinario entre las ciencias médicas, facilitaciones pedagógicas y el teatro.....	25
Briefing:	32
Escenario de simulación	33
Debriefing	34
Capítulo III	38
Pacientes simulados, criterios de selección y estudio de casos.	38
El caso de Carlos Linares, el primer paciente simulado.	43
El caso de Maritza Jofré, la transgresión en la práctica.	61
El caso de Luis Paredes, su accidente cerebro vascular (ACV) y el uso de pacientes híbridos.	74
Conclusiones.....	86
Bibliografía.....	96
Webgrafía.....	100

Introducción

La presente investigación abordará el diseño e implementación de pacientes simulados dentro del mundo de la simulación clínica, desde la observación y análisis de esta práctica en procesos de aprendizaje de las ciencias médicas en estudiantes de pregrado de la Escuela de Obstetricia y Puericultura y la Escuela de Enfermería, ambas pertenecientes a la Universidad de Santiago de Chile (USACH), desde la mirada de la actuación e interpretación teatral con el propósito de presentar estas experiencias de simulación clínica como lugares de inserción laboral para actrices y actores, siendo un territorio en expansión y evolución dentro de su campo de aplicación como teatro no convencional.

Para adentrarnos en los temas que convergen en la simulación clínica, es necesario vincular tres esferas del conocimiento y su cruce funcional para llegar a la simulación clínica como metodología activa de aprendizaje: Por una parte, el aprendizaje de las ciencias médicas y cómo ha evolucionado en el uso de recursos para el ejercicio docente de la misma y las diferencias filosóficas y procedimentales que envuelven a la medicina global, un segundo lugar para observar el campo de la pedagogía aplicada en las aulas médicas y como se han abierto espacios de innovación docente a estos contenidos propios de la salud, y un tercer lugar observa al teatro aplicado siendo elemento facilitador de la experiencia de aprendizaje y transformador de los espacios donde se inserta.

Es pertinente mencionar que esta recopilación de materiales y casos de estudio pretende ampliar el conocimiento de esta práctica y como en ella divergen varias miradas hacia la salud, los términos de ficción y realidad y algunos conceptos que la transitan como lugar de experimentación ligada fuertemente la cultura y comunidad de cada institución que utiliza esta herramienta metodológica para el aprendizaje de sus estudiantes.

En el caso de la Universidad de Santiago de Chile (USACH) estas vivencias son ante todo experimentales para su investigador, ya que esta mirada a la simulación clínica no está en concordancia con otras instituciones de instrucción médica, y también son estas mismas experiencias divergentes las que sustentan esta investigación. Más allá de buscar polémicas por la transgresión a ciertos lineamientos de la simulación clínica, o generar disputas entre espacios del ejercicio de la docencia en salud, se describe como la misma práctica accede a lugares y nuevos espacios para la reflexión respecto a la práctica teatral aplicada, el valor del

cuerpo y la necesidad de la especificidad técnica para abordar los encargos que se despenden de este ejercicio profesional. Al ser una práctica en expansión, los lugares de habla son diversos y complementarios, aun cuando los casos contenidos en esta investigación sugieren más de un lugar de controversia frente a la práctica de la simulación clínica en Chile y el mundo, y desde esa amplitud se evidencian los matices y hallazgos de estos ejercicios recopilados en este escrito.

Para hablar de la simulación clínica, es coherente el posicionarse desde la óptica del teatro para acceder a ella, ya que es el lugar de origen del investigador y el marco de referencia para contextualizar las ideas que se proponen.

Si bien los encargos de la simulación hablan desde un lugar de la necesidad de la ciencia para acceder al cuidado de las personas, las mismas ciencias médicas en sus palabras están refiriendo al uso del teatro aplicado y concretamente el Teatro del Oprimido propuesto por Augusto Boal para traducir el ejercicio simulado, sin referirse al término para explicar esta situación representacional.

Pero no solo se hace referencia al Teatro del Oprimido y su valor como movilizador social desde la humanización. Se debe identificar en qué territorio emerge el teatro y sus cruces con lo real. Ese espacio de la liminalidad entre el arte y el cotidiano, entre lo real y lo ficcionado, entre lo vivo y lo inerte. La simulación clínica observada como un tránsito en lo liminal de la misma práctica, y cómo el teatro convive en espacios de la ciencia como facilitador entre las personas.

Este territorio liminal ofrece entonces un espacio de observación comparable a un intermareal, de bordes difusos y en constante movimiento, un lugar que pertenece a la ciencia, la pedagogía y al teatro, siendo colaborativo y dinámico, el cual es altamente permeable a la experiencia y a la suma de esfuerzos para la obtención de los objetivos propuestos. En este cruce de saberes y de lugares de habla distantes, emerge la hibridez para generar nuevos espacios de investigación: la hibridez del espacio (lo real y lo ficticio), de las personas (y sus roles en la simulación) y el propio cuerpo material como espacio para la hibridez (desde los aditamentos y elementos que modifican la experiencia).

Dentro de la especificidad técnica, es prioritario mencionar el uso de recursos propios del teatro para acceder a la verdad situacional, y entre esos recursos se profundiza en el concepto de la caracterización como elemento material al servicio de la puesta en escena simulada a través de la imagen, y el estudio de las personas desde su lugar como individuo y representante de un imaginario colectivo.

Se observa la sociedad a través de las personas y su presencia, cuestionando cómo el cuerpo material es un soporte teatral al servicio de la experiencia y no como un distractor, desde la experimentación en el cambio de forma, volumen, edad y género a través del mismo cuerpo y las implicancias sociales de este ejercicio.

Esta investigación entonces levanta algunos aspectos de la práctica de la simulación clínica desde el ejercicio de la misma, y con las particularidades de la institución que acoge estas experiencias.

El reconocer los puntos de encuentro entre las distintas vertientes que nutren este ejercicio observado desde el teatro aplicado, y describir las aristas relacionales como oportunidades de exploración y diversificación de esta práctica simulada.

Capítulo I

Pacientes simulados: El teatro aplicado en el aprendizaje de las ciencias médicas.

Para hablar de qué es un paciente simulado, su lugar desde la mirada del teatro aplicado y su uso dentro del aprendizaje de las ciencias médicas, es necesario situarse en todos estos conceptos y relaciones entre los distintos saberes colaborativos desde la óptica del teatro para vincular la pedagogía y las ciencias médicas y resignificar la magnitud de su alcance dentro de la salud de la población dada su función como práctica para el mejoramiento de la atención médica.

También el cambio de paradigma que supone el utilizar herramientas del teatro para facilitar el aprendizaje en espacios de instrucción de habilidades técnicas (los procedimientos y técnicas propias del ejercicio profesional del personal de salud) y no técnicas (las habilidades ligadas a la comunicación y buen trato hacia usuarias y usuarios del sistema de salud, entre otros) dentro de las prácticas de la ciencia, y a su vez describir el uso de esta herramienta de mediación pedagógica como un asunto orgánico y de validez científica.

Hablar de pacientes simulados es convocar a varias disciplinas y cruces para entender su diseño, uso e implicaciones en los cambios de mirada dentro de la educación médica, la valoración de la práctica y posterior análisis crítico como metodología de aprendizaje activo; y el enfoque en las y los estudiantes como centro de las experiencias educativas. Esto conlleva un cambio de paradigma respecto a la educación formal y cómo su implementación en centros de docencia universitaria modifica los roles y estructuras de bajada de contenidos e información pertinentes a la formación profesional.

Es pertinente mencionar que el sistema pedagógico propuesto por la simulación se ha expandido desde centros de instrucción militar, a diversas comunidades e instituciones educacionales, donde ha variado en su diseño y aplicación dependiendo de la cultura de cada una de ellas y la especificidad en la formación de profesionales.

En este punto, esta investigación se enmarca dentro de la simulación clínica propuesta dentro de la casa de estudios que alberga actualmente al actor/investigador que describe estas experiencias, desde el año 2019 a la fecha, y donde se ha formado en el ejercicio de la interpretación de pacientes simulados.

Es el caso de la Escuela de Obstetricia y Puericultura perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas (FACIMED) de la Universidad de Santiago de Chile (USACH), que ha incorporado a su sistema de formación profesional de sus estudiantes este enfoque metodológico, sumando la simulación clínica a las clases expositivas y prácticas de estudiantes, donde se ha implementado como facilitadora y mediadora entre las aulas tradicionales y las prácticas previas de estudiantiles en su proceso de inserción a los campos clínicos (hospitales y centro de salud donde son guiados y acompañados por docentes de prácticas) dentro de las acciones de los Proyectos de Innovación en el Aula (PID).

Esta propuesta metodológica está diseñada para mejorar las habilidades de las y los estudiantes poniéndolos en el centro del ejercicio formativo, pasando de un lugar pasivo frente a la instrucción verticalizada de sus docentes, a un lugar de formación desde la experimentación activa facilitada por docentes, todo esto bajo los lineamientos de mejoras a la educación dentro de ambientes seguros para esta experimentación, sin la presencia y perjuicio de usuarios del sistema de salud reales (quienes serán los beneficiarios futuros de la formación profesional), y sorteando las complicaciones propias de este tipo de innovación en crecimiento exponencial.

Como contexto a esta investigación, la Escuela de Obstetricia y Puericultura de USACH utiliza este recurso en todos sus niveles de formación profesional, aun cuando solo se incluyen dentro de esta investigación las prácticas representativas de tres casos, siendo experiencias sucedidas en dos de sus asignaturas del plan de formación de matronas y matrones y, una experiencia como actor invitado a la Escuela de Enfermería de la misma Facultad de Ciencias Médicas de la casa de estudios señalada. Tanto en primer año en la asignatura de Introducción a los Cuidados Clínicos de Matronería (ICCM) y en segundo año, la asignatura de Cuidados Clínicos de Matronería Médico Quirúrgico (CCMQ) tienen en su diseño programático el trabajo con simulación clínica con niveles de complejidad y realismo en la medida del avance teórico en las salas de clases y puesto en práctica en las dependencias de la casa de estudios destinadas a simulaciones de baja, media y alta fidelidad.

El ensayo estimula la práctica del acto en la realidad. El teatro-foro y estas otras formas de teatro popular en lugar de quitarle algo al espectador le proporcionan el deseo de practicar en la realidad el acto ensayado en el teatro. La práctica de estas formas teatrales crea una especie de insatisfacción que necesita complementarse a través de la acción real. (Boal. 2018: 12)

Este proceso de integración de la simulación clínica ha sido paulatino en el tiempo, con experiencias pilotos de esta técnica desde el año 2016, según los registros de la Escuela de Obstetricia con cuatro actrices dentro de un Proyecto de Innovación Docente (PID) que no generó permanencia del grupo de intérpretes por razones de financiamiento y dificultades de continuidad de dicho proyecto. Desde el año 2019 a la fecha, se integra como parte del equipo docente un actor dentro de la asignatura de ICCM, retomando el camino avanzado por el grupo señalado; con el alcance de ser neófito en la práctica de simulación clínica y sin formación en ciencias médicas básicas.

Estas experiencias y aprendizajes desde la formación teórica y práctica se mantienen en el presente a la fecha de este escrito, junto a los cursos de perfeccionamiento en diseño y aplicación de escenarios de simulación de la Universidad Andrés Bello, siendo estos los lugares de habla fundamentales de esta investigación, en tanto su especificidad técnica y el actual análisis de este proceso pueden entregar posibilidades a otras actrices y actores en el campo de la inserción profesional, que no se encuentra dentro de los objetivos de la formación actoral tradicional, y que se aplica en la investigación desde una práctica.

Para observar y registrar esta práctica concreta, es propio situarse desde qué lugar del teatro puede ser descrito este ejercicio profesional, para luego conformar la trama de relaciones con otras áreas del conocimiento, sean estas del contexto humanista y científico.

El teatro y sus áreas de desarrollo.

El teatro tiene varias líneas de inserción en la sociedad, siendo la primera el trabajo profesional de actrices, actores, junto a todo el equipo técnico, con el objetivo de la presentación de un espectáculo teatral en espacios destinados para ello, como los espacios teatrales o lugares diversos que son utilizados para el mismo fin representacional. Este es el lugar más reconocido del trabajo teatral, vinculado al ejercicio profesional en teatros y puestas en escena con fines de divertimento y exposición pública.

A diferencia del primero, otro lugar de inserción es el teatro como herramienta al servicio de otros procesos y metodologías, es aquí donde se posiciona el teatro aplicado como un medio para conseguir resultados derivados de su ejercicio, pero sin buscar un espectáculo

u obra teatral para ser vivenciada por un público como fin principal. Está ligado a la función social del teatro en la integración de personas a través de los mecanismos de la experiencia teatral. Entonces, el teatro aplicado entrega recursos con el fin de generar cambios en las personas y específicamente, en las comunidades desde sí mismas; evidenciando el poder transformador de los acuerdos a través de la práctica de los mismos, y cómo las interacciones sociales pueden modificar la experiencia vital de las personas cuando son mediadas por las acciones de las artes aplicadas en contextos comunitarios.

El teatro aplicado también en su función y mediación terapéutica en procesos de terapias -como en la dramaterapia y el psicodrama- que ocupan el sistema de escenificación y teatralización de pasajes vitales y recuerdos, con fines terapéuticos en pacientes individuales y grupos concertados para ello. Estas técnicas están difundidas en procesos de atención psiquiátrica y psicológica, donde el cuerpo y la emoción de los participantes están al servicio de la sanación de otro al recrear escenas personales, duales, familiares y grupales, elaborando estrategias de reparación en procesos de traumas, bloqueos y distintos diagnósticos que pueden ser mediados a través del uso de herramientas y técnicas escénicas.

Las terapias basadas en ejercicios escénicos están fuertemente influenciadas por el rito, el trabajo proyectivo (del proceso interno de los participantes a la visualización y expresión plástica y/o teatral concreta) y la comunión del espacio escénico como un espacio protegido y de resguardo de la privacidad e integridad de los pacientes convocados. Así el “Teatro y terapia pues, [son] acción y creatividad al servicio de la sanación. Sanación en grupos, a través de grupos, del juego y la catarsis” (Burmeister y Navarro. 2010: 9)

Otro espacio del teatro aplicado es el trabajo con grupos de no actores en procesos de aprendizaje del arte teatral, como recurso de socialización en niveles infantiles, adolescentes, adultos y adultos mayores, e incluso de grupos transgeneracionales en talleres de expresión dramática, con el fin de generar espectáculos teatrales con características y acercamientos al trabajo de los intérpretes profesionales.

Si bien se puede percibir que este ejercicio está fuertemente influenciado por el trabajo de actrices y actores profesionales, cabe mencionar que su especificidad técnica tributa más a la generación de redes colaborativas de los grupos y las comunidades donde se insertan -a través de la excusa de un montaje teatral- para desarrollar habilidades y potenciar

espacios de recreación, divertimento y aprendizaje dentro de los grupos con un objetivo artístico, y como respaldo a esta ejecución. Si bien es el espectáculo teatral el fin de cada ciclo en un taller de estas características, el trabajo con el grupo -como parte de su desarrollo personal y comunitario- prevalece por sobre la experiencia artística, buscando ampliar los horizontes de los participantes como individuos críticos y participativos de su entorno y comunidad.

Otro lugar del teatro aplicado es su trabajo como recurso metodológico para estudiantes, con foco en la representación como medio de expresión y facilitadora de procesos de aprendizaje en el aula, sin buscar una presentación final como espectáculo.

aplicar la expresión dramática (instrumento metodológico) al interior del sistema escolar, ya sea como asignatura al servicio de su materia específica, o como talleres de teatro extraprogramáticos enfocados desde la perspectiva del teatro y la educación por el arte. (García Huidobro. 1996: 9)

Dentro de este apartado, se encuentran los ejercicios teatrales que tributan a las asignaturas de primer y segundo ciclo escolar, así como en educación media. El teatro en su función mediadora no busca generar actores o procesos con fines escénicos, sino que está enfocado a facilitar la integración de contenidos y objetivos de asignaturas, que a través de recursos y metodologías propias de la representación logran estimular el aprendizaje significativo de sus estudiantes como innovaciones al aula tradicional.

Otra referencia del teatro aplicado como recurso metodológico en las aulas universitarias -y en el caso de esta investigación- en las aulas de educación médica, a través del uso de los pacientes simulados – actrices, actores y personas entrenadas- a través de los escenarios de simulación clínica, para el desarrollo de habilidades técnicas y no técnicas en el proceso de construcción del rol profesional de médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, farmacéuticos, y otros tantos usos dentro de las ramas del sistema de la salud occidental.

El uso de este recurso de innovación en el aula parte del cambio de paradigma educacional con el paso del aprendizaje centrado en el docente y sus saberes, hacia un proceso de aprendizaje centrado en las y los estudiantes con el trabajo autónomo, las aulas invertidas y el aprendizaje basado en problemas, donde la simulación clínica entrena a los nuevos profesionales de la salud a través de la práctica con recursos cercanos a la experiencia concreta en los servicios de salud, abarcando desde procedimientos básicos, hasta la atención quirúrgica simulada.

Con este enfoque basado en la práctica, se busca emular las situaciones del ejercicio profesional para mejorar -desde las aulas transformadas en escenarios- la capacidad de respuesta en situaciones complejas y con foco en la atención de calidad de usuarias y usuarios de los sistemas de salud; resguardando la integridad de estos últimos ante malas prácticas, como consecuencia de la inexperiencia y la falta de acciones previas dirigidas a las habilidades propias y específicas que exige la labor profesional en salud.

Es importante mencionar la resistencia a la innovación en las aulas médicas cuando los recursos aplicados vienen desde el mundo de las artes y la cultura, y no son cuantificables en primera instancia, así como la medición de resultados y su impacto real en el aprendizaje, específicamente cuando el teatro como arte vivo se filtra a través de las necesidades de la experiencia en las aulas de la salud.

Actualmente, hay investigaciones en desarrollo del ejercicio de la simulación clínica en varios campos de estudio y aprendizaje; y específicamente la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Santiago de Chile investiga para cuantificar los aportes de la simulación clínica, junto a otras herramientas pedagógicas, buscando verificar y evidenciar su aporte a los objetivos y resultados de aprendizaje en salud, así como el uso de otros recursos de aprendizaje; así, los estudios actuales toman el aprendizaje basado en problemas, el aula invertida y la simulación de baja, media y alta fidelidad con segmentos y fantomas, simuladores virtuales y el trabajo con pacientes simulados, todo como recursos dentro de la innovación pedagógica. Es necesario discriminar cada herramienta para definir su aporte y efecto real frente a las y los estudiantes, como validación formal de la experiencia simulada, por tanto, como método efectivo al servicio del aprendizaje y su efecto comparativo como metodología.

Documentando y sistematizando los cambios en la forma de enseñar la medicina y cómo estas acciones modifican las líneas de pensamiento, las personas y sus acciones en los espacios educacionales, así como las colaboraciones de distintos ámbitos y saberes en la búsqueda de más y mejores herramientas para la enseñanza de habilidades técnicas y no técnicas de los equipos de salud como herramienta formativa.

Para comprender este cambio, se describen los inicios de la práctica médica y cómo el sistema de las simulaciones ha permeado gradualmente las aulas y hospitales universitarios a la fecha tanto en Chile como en el mundo.

Una mirada a la historia de la simulación clínica

La simulación clínica es un área emergente como recurso de aprendizaje desde mediados del siglo XX¹, donde se emplean diversos medios para que los y las estudiantes se enfrenten a situaciones clínicas en espacios acondicionados para este propósito, ejercitando en el hacer en tiempo real, y develando aquellas variables que afectan su desempeño, el factor humano y su diversidad. Esta rama del teatro aplicado se ha ido incorporando en las aulas de medicina paulatinamente, donde las y los estudiantes toman el rol protagónico de la escena y los actores y actrices están al servicio de la experiencia tanto como pacientes simulados y/o estandarizados, y de ser necesarios, también entran a escena otros actores, sean estos docentes y/o compañeros como confederados en el rol que se asigne, generalmente como parte del equipo médico en la situación recreada.

¹ La simulación clínica es un campo en constante revisión y actualización procedimental, donde cada institución en la medida de sus recursos adhiere a prácticas ya acreditadas, o bien genera nuevos recursos desde su propia cultura organizacional.

Esta simulación es presenciada tanto por los docentes como por sus pares, que no intervienen en la escena hasta que el estudiante lo solicite, o la escena haya concluido de manera natural al verificarse todos los pasos prácticos y comunicacionales previstos para ese escenario simulado. Luego de terminada la escena, es propio ver en conjunto con todos los involucrados los aciertos y oportunidades de mejora en cada uno de los participantes. Con esto se promueve el aprendizaje desde la experiencia como hito significativo, ya que la práctica también ayuda a bajar la ansiedad y temor al enfrentarse al mundo clínico real.

La historia de la simulación clínica ha evolucionado desde el uso de elementos figurativos como representaciones del cuerpo humano, hasta evolucionar a los segmentos del cuerpo humano artificiales replicados para técnicas específicas (como punciones, suturas y resucitación por asfixia, por ejemplo), hasta la creación de fantasmas o muñecos a escala real con funciones programables (respiración, ritmo cardíaco, entre otras), pasando por los actrices, actores y personas entrenadas para dicho encargo que encarnan a pacientes simulados y estandarizados; hasta llegar a la realidad virtual y escenarios de simulación clínica en 3D (en tres dimensiones) como evolución tanto material como en plasticidad y modelamiento del aprendizaje.

Estas situaciones ficcionadas y en tiempo presente, ayudan a las y los estudiantes a estar vivos y atentos a la realidad circundante, mejorando sus habilidades técnicas y no técnicas como ejercicio previo a su desempeño en situaciones reales con usuarios de servicios de la salud, pasando de ejercitar procedimientos simples hasta los más complejos a través de todos los recursos de la simulación, siempre enfocando sus esfuerzos al aprendizaje de las y los estudiantes para fomentar la calidad de la atención de pacientes futuros atendidos por los nuevos profesionales de la salud.

Ahora bien, para reconocer la amplitud de ideas que circundan esta práctica, también es propio mencionar la diversidad de miradas respecto a la salud, los métodos de su práctica y las situaciones culturales en cada región; ya que, para hablar de la simulación clínica, se propone revisar la mirada occidental hacia la salud y cómo esto repercute en su orientación y práctica.

La salud en occidente

Antes de comentar las posibilidades y desafíos del teatro aplicado a través de las y los pacientes simulados, es importante describir bajo qué mirada y filosofía se inserta como recurso, ya que las ciencias de la salud a nivel global tienen varias corrientes, opuestas y complementarias, en la búsqueda de la salud y bienestar de la población. Esta diferencia basal entre la mirada oriental y occidental (la mirada europea y la América colonizada como referencia cultural) presenta formas distintas para abordar conceptos como salud y enfermedad, pacientes, dolor, medicina y farmacología entre otros términos a revisar; y propone este marco procedimental desde sus diferencias para entender cómo se han construido los pacientes simulados en este lado del mundo, específicamente en Europa y América, sin desmerecer las miradas de los pueblos originarios y su perspectiva frente a la realidad de la salud, que es variable según sea su práctica en cada territorio.

La medicina tradicional occidental propone una mirada hacia el ejercicio de sus ciencias médicas y reflexiona hacia cómo se percibe al individuo dentro del pensamiento científico desde esta corriente, ya que el paciente simulado existe al alero del mundo de la medicina alópata², de raíz europea y extendida por América; y que adopta el uso de farmacología para contrarrestar el síntoma³ presentado por la persona, considerada como enferma. Y es en este caso, el paciente simulado es la réplica viva de esa sintomatología, y por defecto, como el contenedor de dicha información estandarizada para ser observada por las y los estudiantes en su proceso de aprendizaje.

2 medicina alopática: Sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas) tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía. También se llama biomedicina, medicina convencional, medicina corriente, medicina occidental y medicina ortodoxa.

³ Síntoma: Problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección. Los síntomas no se pueden observar y no se manifiestan en exámenes médicos. Algunos ejemplos de síntomas son el dolor de cabeza, el cansancio crónico, las náuseas y el dolor.

El término paciente⁴ en el idioma español hace referencia a la persona en estado de espera, un ser pasivo que recibirá atención médica desde un profesional acreditado, sea para prevenir o tratar una enfermedad; siendo la presencia o ausencia de características (signos y síntomas) los que dejarán la palabra paciente como sinónimo de enferma o enfermo, el que padece y necesita de la sabiduría expresada en el profesional de la salud bajo su tratamiento.

Es decir, al nombrar a un individuo como paciente en el área de la salud occidental, se remite a la percepción de que éste ya se encuentra enfermo y en un rol pasivo y menor que su contraparte clínica. En este juego de roles sociales conferido por la costumbre occidental es el individuo quien está en una posición de desventaja, al no tener los conocimientos y los medios que si posee el profesional de la salud, y por tanto, queda bajo la indicación de la voz validada para ello. El paciente entonces es quien carga con esta definición como una falla, carencia o ausencia de salud, y es el portador de la verdad -el profesional- quien modificará su estado a través de los saberes aprendidos. Esto lleva a preguntar qué se entiende por salud en el sistema social a través de la Organización Mundial de la Salud, que la define como:

"Salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo", determina que una buena parte del quehacer de la salud pública se expanda hacia áreas nuevas y emergentes en las sociedades contemporáneas. (OMS: 1946)⁵

Entonces, la definición emanada por la Organización Mundial de la Salud no es exacta ni universal en sus palabras, ya que el término salud debe adaptarse al territorio, las costumbres, las personas y otras variables que pueden modificar este concepto. Cada nación adscrita a sus recomendaciones debe adaptar estos lineamientos a su realidad, ejercicio por demás diverso al contrastar los recursos y la historia de cada país y cada continente.

⁴ 'paciente en el diccionario de términos médicos, de la Real Academia de la Lengua Española RAE.

⁵ Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud, 1946.

Así la salud es un término adaptable e íntimamente ligado al quehacer de las naciones, y éstas a su vez inmersas en sus contextos territoriales, políticas y sociales las que modificarán estos lineamientos a su realidad y cultura. La medicina occidental tradicional se apropia de estos rasgos culturales locales para crear sus prototipos de usuarios (los pacientes reales) a través del juego teatral con pacientes ideales (los pacientes simulados) como reflejo de la sociedad y los diagnósticos que se ajustan a la realidad del país donde se insertan.

Los pacientes simulados son el resultado de la estadística y los patrones constantes delimitados por el ojo clínico occidental, donde el individuo pertenece a una sociedad y que puede analizarse dentro de rangos conocidos y comportamiento esperable según la literatura médica. Los diagnósticos se asocian a los signos (evidencias cuantificables y medibles) que presenta el paciente y sus síntomas (que expresa en su relato) ajustando el veredicto y diagnóstico del estado de salud con referencia a los datos y su evaluación.

La evaluación se toma de la historia documentada para comparar al individuo con otros que han presentado las mismas evidencias, donde por defecto se le asigna un diagnóstico que se ajusta a los resultados ya descritos por la ciencia occidental. El usuario entonces pasa a formar parte del mismo legado, donde su individualidad se difumina dentro del grupo al que ha sido asignado.

Esta mirada desde la comparación y encasillamiento hace del individuo un perfil clínico común, su historia se reduce a las evidencias que contiene y puede ser atendido por cualquier profesional que maneje el mismo sistema de estadística y sus recomendaciones también descritas en los protocolos médicos. Bajo esta mirada se perfilan los pacientes simulados estandarizados: todos tienen los mismos signos médicos y los expresan en igualdad de síntomas. Así como se espera que los pacientes encajen en diagnósticos conocidos, los profesionales de la salud también están sujetos a un patrón constante, y deben ajustarse a dichos lineamientos para ser parte de la comunidad médica y científica con propiedad.

La salud en oriente

De la mirada oriental a la salud, se observa que la Medicina Tradicional China,⁶ con más de dos mil años de antigüedad⁷, dista mucho en sus postulados de la tradición occidental, ya que se basa en el concepto de equilibrio y desequilibrio energético para referirse al estado de salud del individuo. Además, es este flujo energético (el qi o impulso vital) en el cuerpo físico que posee diversas propiedades (entre ellas los opuestos complementarios: el yin el yang) en constante búsqueda de balance o equilibrio, siendo este flujo energético modificado por las entidades que se conocen como Las Cinco Substancias Fundamentales: Jinye (fluidos corporales), Qi, Xue (sangre), Jing (esencia) y Shen (espíritu). Estas fuerzas o entidades fundamentales ejecutan acciones definidas como Las Cinco Funciones Cardinales: accionamiento, calentamiento, defensa, contención y transportación. Estas a su vez se alojan y fluyen a través del qi, y es observable a través de los canales o meridianos⁸ del cuerpo físico llamados Jing-luo.

La mirada de la Medicina Tradicional China es entonces un cúmulo de referencias a la individualidad y particularidad del individuo, a través de la búsqueda del bienestar desde el equilibrio energético desde los opuestos complementarios: Interno y externo, deficiencia y exceso, frío y calor.

En sentido figurado, los médicos chinos se refieren a nuestra salud en relación con la enfermedad como una batalla entre el bien y el mal. En este caso, «bien» y «mal» no tienen ninguna connotación religiosa ni metafísica, sino que se refieren a dos situaciones relativas en salud y enfermedad. (Wong.2002:132)

Es esta mirada hacia la salud y la enfermedad concebida como una lucha para encontrar el equilibrio entre los opuestos complementarios es una visión distante de la medicina tradicional occidental, considerando al individuo como único en este balance energético y su

⁶ La medicina tradicional China se abre paso en occidente como medicina complementaria al ejercicio occidental. En Chile existen escuelas con certificación internacional que avalan dicha tradición y aplicación en este lado del mundo.

⁷ El cambio de mirada frente al paciente y su estado de salud es de enfoque diametralmente opuesto, dadas las bases que proponen para su funcionamiento.

⁸ Los meridianos, es un sistema planimétrico de coordenadas que describen puntos en el cuerpo humano para la aplicación de variadas técnicas curativas de la tradición oriental.

estado. Es entonces que “el médico chino intenta curar al paciente como una persona completa, y no se limita a trata de curar la enfermedad, o sólo las partes afectadas” (Devoto: 2003:131), entendiendo a la persona como un ser integral y único en su diferencia. Este sistema comprende entonces la enfermedad como una manifestación del mal, que involucra a todo el organismo indistintamente, y no como un segmento afectado que puede sanarse separadamente.

Al buscar otra mirada a la salud, se encuentra la tradición en India y el trabajo del Ayurveda (del sánscrito ayu: vida y veda: conocimiento o ciencia) también como un estudio milenario de la salud y la manifestación de la enfermedad. En esta cosmovisión el universo está constituido por cinco elementos: Jala (agua), Vayu (aire), Prithvi (tierra), Aakash (espacio o éter) y Teja (fuego). De la combinación de estos elementos primordiales se forman los tres humores del cuerpo humano a través de sus combinaciones. Estos humores Vata dosha, Pitta dosha y Kapha dosha son los encargados de controlar las funciones fisiológicas del cuerpo, donde el vata se asocia al catabolismo del organismo, Pitta al metabolismo y khapa al anabolismo. Es esta triada complementaria la que busca el balance para obtener el estado de salud, marcando la diferencia con la Medicina Tradicional China que se basa en el equilibrio dos opuestos complementarios.

Nuevamente la medicina o práctica ayurvédica también se diferencia de la medicina occidental y alópata desde sus bases, ya que contempla al individuo como un ser completo y en concordancia con el universo, desde su materialidad y enlace a los elementos primordiales, donde además podemos identificar puntos de encuentro entre la forma occidental y la india por la especialización en campos de acción como:

La Ayurveda se divide en ocho grandes áreas clínicas: Kayacikista (medicina interna), Salya Tantra (cirugía), Salakya (enfermedades de origen supraclavicular), Kaumarabhrtya (pediatría, obstetricia y ginecología), Bhutavidya (psiquiatría), Agada Tantra (toxicología), Rasayana Tantra (geriatria), Vajikarana (afrodisiología y eugenesia) (Mora y Ramos.2018:2)

Se puede observar la agrupación de especialidades con diferencias a la mirada occidental, con acento en la integración más que la fragmentación que propone la medicina occidental.

La salud en la América precolombina.

Otra mirada a la salud se presenta en los pueblos originarios de distintas latitudes, donde se menciona el aporte del pueblo-nación Mapuche y su cosmovisión. Los Mapuche se encuentran en el sur de Chile desde IX Región de la Araucanía hasta la región argentina de Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego. Respecto a su relación con el entorno, y cómo se integra el término enfermedad, el siguiente testimonio de un machi:

“en nuestra sociedad no es como la enfermedad misma, [...], es un término más amplio que engloba a la comunidad, a la familia y al che mismo, pero en su conjunto. [...]La mayoría de las enfermedades las provocamos nosotros mismos [...]somos cómplices de nuestras propias enfermedades, lo que se llamaría el desequilibrio nuestro. [...] suceden muchas veces por desorden de nosotros mismos, [...]Cuando uno hace cosas indebidas, desobedece algunos principios de nuestro pueblo mapuche, muchas veces se enferma.” (Caniullan.2000:131)

En esta cosmovisión la enfermedad va más allá del cuerpo físico y mental de quien la padece, ya que involucra a su familia, su comunidad, al territorio donde habitan e incluso a las fuerzas y espíritus guardianes ancestrales de dicho lugar. Cada territorio y comunidad mapuche tiene distintas tradiciones y sistemas de equilibrio con el entorno, cada espacio es único en su diversidad e interconexión con todos los planos y entidades regentes. La enfermedad sobrepasa los límites del individuo para convertirse en una cuestión comunitaria, donde él o la machi debe aplicar su sabiduría y poder para reestablecer el equilibrio del individuo y la sociedad a la que pertenece. Cada familia, cada clan, tiene pertenencia y reciprocidad hacia el espacio que habita, entendiéndose como una parte del ciclo y en comunión con todos los planos físicos y espirituales que estructuran su cosmovisión.

El mundo andino de Sudamérica también se estructura socialmente desde la comunión con el entorno desde el concepto de reciprocidad en triadas complementarias en varios niveles y cruces que configuran su equilibrio social. Dentro de este equilibrio también se comprende el concepto de salud que se percibe como:

sinónimo de equilibrio y engloba en tanto estado de ajuste tres aspectos fundamentales:
1. La salud del individuo; 2. La salud (social) del Grupo o Comunidad, y 3. La salud (ambiental) del medio físico (Delgado.1984:5)

Esta cosmovisión también comprende la salud como un estado de equilibrio, donde las malas acciones o decisiones influyen tanto en el individuo como en su comunidad, llevando al ajuste o balance de la salud a través de ofrendas entendidas como pago a sus deidades, siendo la más representativa del panteón andino la Pachamama.

La simulación clínica es entonces un lugar de ejercicio que abarca muchas miradas hacia la salud, las personas y los territorios donde se inserta. Es propio entonces mencionar que así mismo las personas, su cultura y lugares de habla modifican la percepción de lo que sería una atención en salud óptima y acorde a las necesidades individuales y colectivas donde se inserta esta técnica.

Pero primero, es pertinente describir desde la técnica qué es la simulación y sus campos de acción.

Capítulo II

Simulación clínica como cruce interdisciplinario entre las ciencias médicas, facilitaciones pedagógicas y el teatro.

La simulación clínica se percibe como algo muy novedoso o moderno -dada su especificidad técnica y la escasa difusión como práctica fuera de algunos círculos académicos- aun cuando sus orígenes se remontan a cientos de años con los inicios de la medicina y, específicamente, con el desarrollo de técnicas clínicas y quirúrgicas donde se utilizó elementos externos y diversos para emular el cuerpo humano y sus componentes; para así trabajar en los procesos de incisiones, suturas, manipulación y cuidado de órganos, tejidos y demás estructuras propias del cuerpo humano; sustituyendo la práctica directa en las personas y trabajando con diversos sustitutos para acercar la práctica médica a la interacción con pacientes, y que en dicha práctica no estuviese involucrado un cuerpo o segmento físico humano concreto y vivo (siendo muchas veces un cadáver para la experimentación y los aprendizajes esperados de su manipulación lo que se conoce como la forma tradicional de aprendizaje en salud). Alejarse del cuerpo humano a través de la simulación clínica para acercarse lo más posible a él, en el aprendizaje de su funcionamiento y la manipulación correcta de éste como cuerpo material y territorio del trabajo profesional, en directo beneficio de esa próxima interacción en el futuro laboral del personal de la salud con personas en situación de pacientes.

Este cambio en lo procedimental del aprendizaje de las ciencias de la salud implica modificaciones tanto en los recursos humanos y materiales para enfrentar este desafío de mediar lo real para mejorar la experiencia concreta de este tipo particular de contenidos que deben integrarse por las y los estudiantes de carreras de ciencias ligadas a la salud, donde la simulación permite expandir el campo de investigación desde varios lugares complementarios y colaborativos. Como se ha mencionado, la simulación clínica es un punto de encuentro desde la práctica y la teoría para mezclar la ciencia, la pedagogía y sus recursos para acceder a esos contenidos de las ciencias médicas.

Ésta práctica desde la medicina tradicional occidental y el aprendizaje de la anatomía, fisiología y biomecánica del cuerpo humano siempre ha estado ligada al uso de cuerpos o segmentos de cadáveres en la historia de la medicina desarrollada en Europa y América, donde los métodos son cercanos al trabajo forense y las implicaciones éticas del uso de cadáveres para el desarrollo científico en el presente está reñido con los acuerdos en salud que eran validados en la antigüedad como la única forma de acceder al conocimiento del cuerpo humano a través del contacto con cadáveres.

En esta línea alternativa de trabajo médico y científico relativo al cuerpo y su repercusión en la salud humana sin el uso de cuerpos físicos humanos reales, emerge la simulación clínica como una alternativa al uso de estos fallecidos, así como también una amplia gama de servicios a la medicina tradicional occidental en varios campos de aplicación, desde el trabajo con el cuerpo material hasta en procesos de psicología y psiquiatría.

Uno de los primeros indicios de simulación es el que se asocia al médico cirujano Súshruta, quién se cree existió en la India entre el siglo III y V d. C, y quién es considerado como parte fundamental del desarrollo de la medicina en su país, dejando como legado el *Súsruta-samjita*, un texto recopilatorio de enfermedades, técnicas y el trabajo con plantas y minerales en beneficio médico. Lo importante de su aporte al camino de la simulación clínica radica en la documentación de su trabajo con frutas (para el aprendizaje de cortes y suturas, por ejemplo) y muñecas de tela para la práctica de vendajes e inmovilizaciones.

Otro antecedente histórico de la simulación clínica se encuentra en la Francia del 1700 d. C, con el trabajo de Grégorie padre e hijo, quienes desarrollaron un maniquí obstétrico a partir de una pelvis humana y un niño muerto. Si bien podemos cuestionar los materiales primarios para el desarrollo del modelo, el resultado de sus investigaciones fue una muñeca a escala humana, la cual pertenece a la línea de desarrollo de la simulación de los fantasmas (o fantasmas) que emulan al cuerpo humano como una réplica funcional, sean estos segmentos o cuerpos completos, incluso gestantes.

La era moderna de la simulación en la enseñanza de la medicina comenzó a principios de la década de 1960, después de que el Dr. Peter Safar, que trabajaba en el Baltimore City Hospital, “redescubriera” y describiera la reanimación “boca a boca”. Este trabajo, y la insistencia de un anestesista noruego, Björn Lind, convencieron al fabricante noruego de juguetes y muñecos de plástico, Asmund Laerdal, para que diseñara y produjera un modelo realista del torso humano que permitiera aplicar la técnica de Safar de inclinación de la cabeza/elevación de la barbilla para aliviar la obstrucción de las vías respiratorias y administrar respiraciones de rescate boca a boca. (Cameron et al. 2021)

De los primeros modelos a escala humana y sus avances tecnológicos en la presentación de signos y respuestas fisiológicas de un cuerpo humano, se registran los aportes de Asmund Laerdal en 1955, quien fue un juguetero noruego que desarrolló junto a médicos anesestesiólogos uno de los fantasmas más famosos y utilizados hasta la actualidad. Él es el “padre” de Resusci Anne, un modelo de resucitación cardiopulmonar que sigue siendo replicado y utilizado para el entrenamiento de rescatistas en la actualidad.

Un paréntesis digno de resaltar es la historia de la misma Anne, según cuentan las crónicas francesas de fines de la época de 1800, una muchacha de unos 16 años fue encontrada ahogada en el río Sena, sin señales aparentes de maltrato, con un rostro apacible y un esbozo de sonrisa en su rostro, muchos años antes de su cruce histórico con Laerdal. Su rostro, como el de muchos muertos encontrados en el Sena, fue plasmado en yeso para su posterior identificación por familiares y deudos como técnica de preservación forense de la época, donde no hubo personas que llegasen a buscar a la misteriosa mujer, y dada su belleza y aparente tranquilidad, su imagen pasó de ocupar un lugar en la morgue a ocupar las paredes francesas a modo decorativo como se usaba en esos años.

Al no presentar signo alguno de violencia, el forense concluyó que se había suicidado, pero flechado por su semisonrisa enigmática, encargó a un figurista que tomara el molde de su rostro. El mouler no solo lo hizo: también lo comercializó, y la máscara mortuoria se vendió como baguette caliente por toda Francia, también en el resto de Europa, adquiriendo a lo largo del tiempo una dimensión mítica inusitada, que evocaba a una ondina, a la Ofelia del pintor John Everett Millais (1851), a la Gioconda (1503-1519) de Leonardo... (Treibel. 2020)

Así, el rostro de Anne pasó a estar en la memoria colectiva, la misma que unió a Laerdal a sus recuerdos de infancia en casa de sus abuelos, donde esta imagen estaba en una de sus paredes. Desde su conversión de rostro decorativo a simulador de resucitación, su imagen también cobró otro simbolismo, ya que se la conoce como “la mujer más besada” dada su

función y maniobra de resucitación. Es propio mencionar que el propio Laerdal recurrió a esta imagen como medida facilitadora para los rescatistas de la época, como aprendizaje de la reanimación cardiopulmonar como técnica de primeros auxilios “A sabiendas de que los muchachotes serían renuentes a ensayar respiración boca a boca sobre labios varoniles, y creyendo que era necesario un look realista para motivar a rescatistas” (Treibel. 2020)

Hasta la época actual, los avances en fantomas a través de la robótica y los materiales y sus recursos plásticos (apariencia, texturas, realismo) han aportado a acortar la brecha entre lo humano y lo recreado. Los fantomas actuales son capaces de emular respuestas fisiológicas incluso con comandos a distancia, con signos vitales, flujos y fluidos internos e incluso, reacciones adversas por las maniobras y usos erróneos de los manipuladores u operarios. Algunos fantomas son tan hiperrealistas, que la interacción con ellos en escenarios de simulación es cercana a trabajar con los “replicantes” de la película Blade Runner, de Ridley Scott⁹. Incluso, se da el caso de fantomas que pueden cambiar de piel, ser “vestidos de piel” y que representen a un adulto joven, uno maduro o un adulto mayor.

En 1967 Michael Gordon, Profesor de la Universidad de Miami, construyó el maniquí Harvey que en su última versión simula 30 entidades cardiológicas congénitas y adquiridas con sus respectivos soplos, pulsos, tensión arterial e impulsos precordiales y otros datos del examen físico cardiovascular como el pulso venoso yugular. (Matiz. 2012)

Por otra parte, la simulación clínica también avanzó desde el área de la robótica, la tecnología computacional y la virtualidad. Es el caso de los simuladores de vuelo propuestos por Edwin A. Link en 1920, con fines de entrenamiento para soldados de la fuerza aérea

⁹ Título original: Blade Runner (1982) Dirección Ridley Scott. Sinopsis: Es noviembre de 2019. A principios del siglo XXI, la poderosa Tyrell Corporation creó, gracias a los avances de la ingeniería genética, un robot llamado Nexus 6, un ser virtualmente idéntico al hombre, pero superior a él en fuerza y agilidad, al que se dio el nombre de Replicante. Estos robots trabajaban como esclavos en las colonias exteriores de la Tierra. Después de la sangrienta rebelión de un equipo de Nexus-6, los Replicantes fueron desterrados de la Tierra. Brigadas especiales de policía, los Blade Runners, tenían órdenes de matar a todos los que no hubieran acatado la condena. Pero a esto no se le llamaba ejecución, se le llamaba "retiro". Tras un grave incidente, el ex Blade Runner Rick Deckard es llamado de nuevo al servicio para encontrar y "retirar" a unos replicantes rebeldes. (FILMAFFINITY)

estadounidense con poca o nula experiencia en vuelo. Se asocian estas experiencias del estudiante dentro de un espacio acondicionado como una cabina de una aeronave, ya que la situación completa emula a la “sensación” de una cabina real, como un escenario de simulación sin tener ese nombre o asignación técnica en aquella época.

De los primeros simuladores de vuelo, el avance tecnológico ha llevado a recrear entrevistas con pacientes virtuales (escenarios de consulta clínica) que interactúan a través de una interfaz computacional y presentan todos los signos e incluso síntomas como un paciente humano real. Estas interacciones permiten una multiplicidad de tareas, como el ingreso de varios estudiantes a la misma interfaz y el caso clínico en uso, lo que es un ahorro de tiempo y recursos en relación a tiempos de práctica y trabajo individual de cada participante. De los escenarios de consulta clínica, también están los escenarios de simulación de pabellones quirúrgicos, los cuales permiten el ingreso a realidades virtuales en tres dimensiones a través lentes/cámaras integrados y guantes que permiten emular el trabajo de las manos del estudiante en este mundo de realidad paralela. Escenarios de parto, cirugías bariátricas, microcirugías y otros tantos escenarios posibles son facilitados a través de más mejoras de las plataformas virtuales y sus “trampas al ojo” y a los sentidos a través de estos dispositivos que insertan al cuerpo y su propiocepción a campos clínicos que existen en un universo digital.

Es importante mencionar que los escenarios de simulación virtuales nos entregan información digital en línea, donde a través de pantallas conectadas al mismo simulador, los demás asistentes a la sesión pueden observar lo que ven los ojos del ejecutante o manipulador, lo que permite el aprendizaje desde un lugar de observación activa, e incluso participante dadas las capacidades de interacción entre uno o más usuarios al mismo escenario de simulación propuesto.

Otro lugar de la simulación es el que se recrea con actrices, actores y personas entrenadas para dicho fin, donde se utilizan como roles de pacientes simulados, estandarizados o en el rol de confederados. Según una definición científica, son “Pacientes simulados o estandarizados: Actores entrenados para actuar como pacientes. Se utilizan para entrenamiento y evaluación de habilidades en obtención de la historia clínica, realización del examen físico y comunicación” (Corvetto et al. 2013: 70,79)

Antes de profundizar en la interpretación y clasificación de los pacientes simulados, es necesario describir cómo se articulan las actividades de simulación clínica, y los niveles de complejidad de la tarea a emular y los niveles de realismo de la misma. Es por ello que los niveles de la simulación se dividen en:

1. Simulación de baja fidelidad: Está asociada al aprendizaje de habilidades técnicas de motricidad específica, a través de segmentos del cuerpo o cuerpos completos, donde su función principal es el adiestramiento en técnicas de tiempo reducido, pero de precisión y manipulación particular, como es el caso de la instalación de una vía venosa periférica en un brazo (part task trainers). Otro ejemplo de simulación de baja fidelidad es la instalación de una sonda Foley en un meato urinario (un segmento de la zona media de un cuerpo con pene o vulva con uretra permeable para dicho ejercicio)
2. Simulación de fidelidad intermedia: Se utilizan segmentos (part task trainers) conectados a monitores u otros elementos tecnológicos de supervisión (como monitores de signos vitales, ecógrafos, por ejemplo) y que permiten la interacción de las y los estudiantes con situaciones de complejidad media con alto compromiso a la respuesta fisiológica (manipulada o conducida por el o la docente en el escenario de simulación) que se genere dentro de la práctica in situ.
3. Simulación de alta fidelidad: Se recrea en escenarios de simulación realistas y complejos, donde los fantasmas son cuerpos completos a escala humana y también se utilizan pacientes simulados o estandarizados. Su fin es el adiestramiento en técnicas avanzadas y la resolución de escenarios complejos y/o situaciones de crisis. Un ejemplo de estos escenarios es el ingreso de pacientes con síntomas de Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), paros cardíacos y partos expulsivos.

Teniendo en consideración que las actividades de simulación se agrupan y jerarquizan dependiendo de fidelidad o realismo, es propio organizarlas como se presenta a continuación:

Tabla 1. Tipos de metodologías de simulación. (Adaptado de Alinier, Medical Teacher, 2007)

	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Técnica de simulación	Simulaciones escritas	Simuladores de baja fidelidad, <i>part task</i> trainers y maniqués básicos	Simuladores de pantallas computacionales, simuladores virtuales y simuladores quirúrgicos	Pacientes estandarizados	Simuladores de fidelidad intermedia y maniqués de tamaño real no totalmente interactivos	Simuladores de alta fidelidad y maniqués de tamaño real totalmente interactivos
Habilidades que se logran	Cognitivas pasivas	Psicomotoras	Cognitivas interactivas	Psicomotoras, cognitivas e interpersonales	Parcialmente interactivas, psicomotoras, cognitivas e interpersonales	Interactivas, psicomotoras, cognitivas e interpersonales
Uso habitual	Manejo y diagnóstico de pacientes Evaluación	Práctica de habilidades	Manejo clínico de habilidades cognitivas	Igual que nivel 2 Realización de examen físico, diagnóstico y manejo de pacientes	Igual que nivel 3 Habilidades en procedimientos Entrenamiento de simulación "full-scale"	Igual que nivel 4

(Corvetto et al, 2013)

Dentro de esta tabla se observan los niveles de habilidades esperadas a desarrollar en cada una de las técnicas de la simulación, las cuales van desde habilidades cognitivas pasivas, desde la observación o el razonamiento de un algoritmo en salud (un paso a paso práctico con niveles de bajadas según sean las variables que debe ser seguido y concientizado) pasando hasta las habilidades interactivas (trabajo en equipos médicos) de reacción y acción concreto procedimental (una técnica o habilidad concreta) y el desarrollo de habilidades interpersonales (manejo de situaciones de crisis, contención de pacientes críticos, por ejemplo)

También se infiere el grado de complejidad desde el razonamiento de una actividad clínica en el aula como metodología inductiva hacia la realidad, hasta el ejercicio práctico lo más fidedigno de un campo clínico real, el cual implica la aplicación de conocimientos, razonamiento técnico y procedimental en tiempo real como metodología de aprendizaje experiencial, con enfoque en el aprendizaje significativo desde el hacer.

El error en los escenarios de simulación es también un componente nutricional del aprendizaje, ya que las experiencias de simulación son parte del desarrollo y aplicación de lo teóricamente aprendido en el aula, dentro del contexto de la formación profesional y no como un resultado, ya que las instancias de análisis posteriores al escenario son para decantar lo aprendido en lo teórico, desarrollado por la práctica e integrado en el análisis de cierre de la

actividad como aprendizaje significativo desde lo experiencial y como cierre del ciclo completo de las variables que interfieren en la integración de conocimiento en las y los estudiantes. El error siempre es considerado una oportunidad de mejora, dentro de la línea de los “plus delta”, como variables y posibilidades de estudio, sean aciertos o lugares erróneos de la práctica, pero no se desestima su razonamiento. Esta amplitud y la aceptación del error como formativo genera en las y los estudiantes un espacio de práctica seguro, donde la experimentación no está arraigada desde el miedo, sino todo lo contrario, estar dispuestos a cometer errores como lugares esperables de las prácticas iniciales de cualquier tipo.

Para generar la secuencia de simulación clínica completa y cumpliendo los objetivos del diseño de la misma, deben cumplirse etapas dentro de su aplicación, para ajustar los recursos humanos y materiales a la experiencia simulada. La estructura se divide en tres tiempos delimitados para su ejecución, y se dividen en:

Briefing:

Es la sesión o tiempo previo a la ejecución del escenario de simulación. Es el tiempo y lugar donde el facilitador (él o la docente guía) entrega toda la información pertinente al escenario que se desarrollará y el caso clínico completo. Se definirán los roles y funciones a desarrollar, desde quien o quienes ingresarán al escenario, sus funciones y la actividad concreta a desarrollar (si será el rol primario ejecutante o será un operador de apoyo a la labor primaria). Se indican los elementos técnicos y humanos disponibles para el ejercicio, los elementos reales (materiales concretos a utilizarse) y los procedimientos o resultados que deben abreviarse para el desarrollo de la actividad (espera de resultados de laboratorio, por ejemplo). Se mencionan los tiempos estimados del ejercicio, y las acciones peligrosas para el resguardo de la integridad de las y los estudiantes y del mismo escenario de simulación, como el material cortopunzante y el correcto uso de los fantomas (por las punciones, incisiones, por ejemplo).

Es importante mencionar que en esta parte de la actividad se refuerce la situación de seguridad y aprendizaje como fin común de la actividad, donde los errores o acciones incorrectas son propias del ejercicio y práctica de algo nuevo, donde el resguardo de las y los

estudiantes es fundamental, y bajo el alero del concepto y acuerdo de “Las Vegas”, donde todo lo que ocurra en ese espacio quedará solo en ese espacio con respeto y salvaguarda de todos las y los involucrados, para promover una actividad sana en términos relacionales y productivos.

Como parte de las tareas asignadas al Briefing, se proponen actividades cortas de sensibilización e introductorias al tema de la simulación de la sesión, con ello, se vinculan experiencias previas de las y los estudiantes, se genera un clima propicio para el desenvolvimiento de las personas en ambientes agradables, y se prepara al grupo en atención y foco a los elementos y conceptos más relevantes de la sesión. Desde este tiempo, más que asignar roles en los estudiantes, se estimula la participación por opción y no como imposición o mandato, así también se refuerza la autonomía y el lugar de las y los estudiantes como foco principal de la actividad.

Escenario de simulación

Es el lugar concreto de la simulación, delimitado espacialmente y con recursos que lo conectan con el entorno. Puede ser cualquier lugar con características de un servicio de salud, como un box de atención primaria en salud (APS), una sala clínica (para pacientes internados) o un pabellón quirúrgico (para prácticas de pabellón).

El espacio además de estar acondicionado con lo necesario para el desarrollo de la actividad programada, está conectado con el entorno a través de cámaras (para las y los estudiantes observadores) o como la extensión del mismo espacio, sin barreras físicas, pero si la delimitación del espacio escénico simulado. También está conectado con la “sala de comandos” que será la sala contigua al escenario con la capacidad de dirigir las cámaras y tomas de sonido del escenario de simulación, donde también se encuentra “la voz de dios” quien será la voz externa que comunicará datos tanto al escenario que se está “corriendo” (en ejercicio) y datos a los observantes que sean atingentes a la escena. El rol de “la voz de dios” por lo general lo toma la o el docente facilitadora o un confederado del lugar.

Debriefing

Es el tiempo posterior al término del escenario de simulación, donde los participantes, facilitadores y observadores generan la conversación crítica de lo experienciado, con énfasis en los logros obtenidos y las oportunidades de mejora detectadas en la misma situación. Además de las observaciones de habilidades técnicas y no técnicas, es el espacio para aclarar dudas o nuevos escenarios posibles desde la experiencia anterior, como secuencia de aprendizaje y registro de la actividad.

El tiempo para el debriefing se estructura en relación la duración del escenario de simulación, ya que es tres veces mayor en duración que la escena desarrollada; es decir, si un escenario se “corre” en diez minutos, su análisis se espera en no menos de treinta minutos posteriores a su ejecución.

La simulación clínica se estructura entonces a través de tres momentos que, si son bien articulados, pueden lograr ser una sesión altamente significativa en el aprendizaje de sus estudiantes, encausando todos los recursos disponibles para generar conocimiento a través de la práctica y mejorando el desempeño de quienes acceden a esta experiencia.

Esta mirada del aprendizaje desde la práctica y centrado en el estudiante, se remite a las ideas del aprendizaje propuesto por Paulo Freire y su Pedagogía del Oprimido, donde señala que:

Educadores y educandos, liderazgo y masas, co-intencionados hacia la realidad, se encuentran en una tarea en que ambos son sujetos en el acto, no solo de descubrirla y así conocerla críticamente, sino también en el acto de recrear este conocimiento (Freire. 1970:49)

En este sentido, la simulación clínica permite a las y los estudiantes acceder a los contenidos propuestos por cada asignatura desde ellos mismos, siendo protagonistas de su propio aprendizaje. Si bien en la actualidad se siguen entregando los contenidos basales a través de las aulas desde el docente a cargo, la simulación clínica y el aprendizaje basado en problemas exigen a las y los estudiantes el tomar acciones concretas para resolver ambas situaciones, ya que, si no hay horas de estudio y aprendizaje autónomo, dichos aprendizajes esperados no son evidenciados.

De lo anterior, también se desprende la idea de la motivación hacia las y los estudiantes, desde la planificación de las actividades en aula y también en el diseño y planificación de las sesiones de simulación. Mientras más acciones de aprendizaje no verticalizadas se articulan desde la docencia, se habilitan más oportunidades de aprendizaje centrado en el estudiantado; dado su grado de compromiso real para que dichas actividades cumplan con los objetivos curriculares propuestos.

En el caso de la simulación clínica, el docente toma el lugar de la facilitación de los sucesos, a través del brief y el debrief, motivando la experiencia para y desde la interacción de los estudiantes. Muchas veces se confunde la simulación con la demostración en vivo, error común de docentes no acostumbrados al ejercicio de la simulación sin intervenir; y en esos casos, solo se está trasladando el aula tradicional a este nuevo espacio.

Es por esta razón que los tres momentos de la simulación deben cumplir con los objetivos de cada tiempo, para así lograr el objetivo general de cada simulación, ser parte del trabajo experiencial generando aprendizajes significativos para todos quienes acceden a esta práctica.

Si la simulación clínica es un espacio para la experimentación, y está validada desde ese lugar exploratorio, cabe señalar que esta investigación recopila el caso particular del investigador que accede a estas prácticas dentro de la Universidad de Santiago de Chile, donde estos mismos acuerdos o planteamientos de la simulación clínica se aplican en la Escuela de Obstetricia y Puericultura como una comunidad autónoma.

Este punto es basal para esta recopilación de experiencias, ya que, en la práctica de las mismas, muchos acuerdos de la simulación que hacen referencia a otras casas de estudio o manuales de aplicación, se adaptan a la realidad de esta Escuela de Obstetricia y Puericultura, sin un fin confrontacional, sino más bien como un lugar abierto a la experimentación, con recursos limitados y sin otros vínculos directos a otras casas de estudios para la homologación de dichas prácticas.

De los espacios de experimentación y de la utilización del teatro como facilitador de estos procesos de aprendizaje, en esta casa de estudios se ha experimentado desde el hacer, donde se ha encargado al actor/investigador sumarse a las propuestas y necesidades expresadas por los equipos docentes, aun cuando en dicha práctica se develen líneas divergentes respecto a otras miradas hacia la simulación clínica.

La interpretación de roles diversos, sean masculinos y femeninos, ya es un punto cuestionable dentro de otras instituciones de formación, y en este caso, dada las necesidades de las asignaturas donde se ha incluido el trabajo del actor/investigador, se ha trabajado fuertemente en la caracterización y diseño de cada uno de los pacientes simulados requeridos, siempre en consonancia con los objetivos de las sesiones de simulación, y como se ha mencionado, poniendo a las y los estudiantes en el centro de las actividades.

Si bien los procesos de simulación dependen de las y los docentes que la ocupan como metodología de aprendizaje, en los casos que se incluyen a continuación existe un trabajo conjunto entre las docentes y el actor/investigador, donde los hallazgos obtenidos y registrados en este escrito no hubiesen sido posibles sin su aporte y compromiso.

Capítulo III

Pacientes simulados, criterios de selección y estudio de casos.

Para encauzar el relato de esta investigación desde la práctica, es prioritario revisar la experiencia concreta con cada uno de los pacientes simulados realizados a la fecha de este escrito, y cómo su aplicación fue generando conexiones simbólicas entre ellos y las situaciones que se propiciaron entre estos como entidades vivas y la comunidad estudiantil y docente que los cobija.

Más allá de la cantidad de repeticiones de cada escena simulada, o la caracterización que requirió cada uno de ellos, cada paciente simulado es un universo en sí mismo, ya que para el actor/investigador cada paciente simulado interpretado es considerado un personaje completo -en términos teatrales convencionales propuestos por Stanislawki y la tridimensionalidad de ellos como entidades- dada la profundización de su elaboración y las historias personales que se albergan en sus relatos.

Cada paciente simulado es un ejercicio particular y único, ya que en su interacción con estudiantes y docentes su misma experiencia vital como entidad se va nutriendo de las interacciones con cada persona que se cruzan, y en este ejercicio de la reiteración de su escena donde van decantándose más recursos desde la interpretación. A cada pregunta nueva o distinta de las estimadas por la planificación docente, aparecen más recursos de comunicación devenidos del trabajo proyectivo con los equipos docentes y las necesidades formales que deben ajustar al paciente simulado a su rol de mediador de la formación del personal de salud, siendo éstos a su vez personas en situación de estudiantes que transitan y modifican la realidad de la simulación clínica como un acto vivo y presente desde el convivio con los pacientes simulados (como personas reales) y como estas líneas de interacción van abriendo más lugares de encuentro entre las y los estudiantes y sus pacientes experimentales.

Dado este lugar diverso y de múltiples versiones para el mismo hecho recreado, el diseño de cada paciente simulado describe una red de necesidades tanto pedagógicas y formativas del personal de salud, así como la complejidad de variables a considerar desde la interpretación de ellos para su coherencia en el juego de la simulación como ejercicio de teatro aplicado.

Es por ello que se han seleccionado tres casos de pacientes simulados independientes entre sí, pero conectados como el cúmulo de experiencias profesionales del actor/investigador para hablar de las historias que se agrupan y representan a través de relatos únicos como ejercicio. Esto último dada la realidad de la comunidad donde se insertan y desde la particularidad de su aplicación en distancia a otras casas de estudio que aplican la simulación clínica desde su propia institucionalidad y adherencia a lineamientos de las agrupaciones y asociaciones internacionales ligadas al quehacer de la práctica simulada.

Para el caso de la Universidad de Santiago de Chile y los lineamientos a los que adhiere en simulación en su Escuela de Obstetricia y Puericultura, se reconoce como comunidad colaborativa y se basa en los términos de la simulación clínica descritos por la literatura disponibles a la fecha; aun cuando por planificación, diseño e implementación de las simulaciones hay tópicos que difieren de otras experiencias, dado el uso de un solo actor para cubrir necesidades de interpretación de pacientes simulados en primer y segundo año de la carrera de Matronería.

En este sentido, los relatos que se consideran para esta investigación se reúnen bajo tres conceptos identitarios: El aprendizaje significativo, la divergencia y la organicidad de la experiencia.

Para hablar de aprendizaje significativo, es necesario que se cumplan algunos tópicos en el ejercicio de la pedagogía para que este aprendizaje llegue a alojarse en las personas como recurso presente, concreto, firme y disponible como una herramienta profesional (como en el ejercicio de la pedagogía en salud) a través del tiempo. En este punto, el legado de David P. Ausubel hace referencia a la experiencia como medio de integración de contenidos, y cómo el diseño de dichas experiencias es fundamental para la activación y disposición concreta de las y los estudiantes en formación.

los estudiantes no comienzan su aprendizaje de cero, esto es, como mentes en blanco, sino que aportan a ese proceso de dotación de significados sus experiencias y conocimientos, de tal manera que éstos condicionan aquello que aprenden y, si son explicitados y manipulados adecuadamente, pueden ser aprovechados para mejorar el proceso mismo de aprendizaje y para hacerlo significativo. El papel del docente está, pues, en llevar a cabo esa manipulación de manera efectiva. (Rodríguez. 2011:32)

En el caso de los pacientes simulados incluidos en esta investigación, los tres reúnen esta característica significativa, hay un antes y un después desde su ejecución y son parte fundamental en la elaboración de ese registro dado el alto grado de información dentro del ejercicio de la simulación, así como el cambio de mirada hacia la práctica en sí.

Carlos Linares, Maritza Jofré y Luis Paredes son tres pacientes simulados de tres experiencias de simulación distintas y en interacción con grupos de docentes y estudiantes también independientes entre sí. Los tres casos comparten ese lugar significativo para el actor/investigador como experiencia concreta de aprendizaje. Son experiencias que abren paso a la reflexión posterior a su ejecución y que han modificado la visión del actor/investigador en relación al cómo se transita por la simulación clínica sin ser un experto, como un aprendiz más dentro del espacio simulado y en el ejercicio de ser un facilitador pedagógico.

Como se ha descrito, dado que las prácticas de simulación ya existían en la casa de estudios que albergan este relato, también desde la ignorancia de la misma se asumieron muchas actividades de simulación y la estructura de las mismas como naturales y en concordancia con la actividad descrita en la literatura de referencia que se facilitó como medio de autoaprendizaje para ingresar a la práctica. Con el tiempo, se han señalado las diferencias de aplicación respecto a otras entidades educacionales, no como voz de alerta frente un flagelo, sino más bien como un punto divergente dentro de la misma práctica, y por ende, como un lugar propicio para la investigación y análisis de las particularidades que de ella se desprenden.

Es esta divergencia en la práctica la que también se incluye como motor a esta investigación, donde esta realidad en este contexto particular ha hecho posible la existencia de estos pacientes simulados que en otros espacios serían inconcebibles o rechazados. Es por esto que esta investigación también pretende evidenciar la experiencia concreta y fructífera de estos pacientes simulados en cuestión.

Cada uno de ellos tiene puntos en conflicto con el diseño y aplicación de la simulación clínica según la mirada de otras comunidades e instituciones de formación médica, pero ¿No es la divergencia o transgresión a la norma un lugar de investigación en docencia? Claramente es un territorio y lugar de habla complejo y muchas veces desacreditado, y es

labor de esta investigación levantar datos de esta misma divergencia para emitir nuevos juicios y mejores herramientas pedagógicas futuras dentro y fuera de la casa de estudio donde se realizan.

Si la divergencia es un camino de exploración en sí misma, también es válida la investigación dentro de la simulación clínica a través de los recursos disponibles y la adaptación de estos insumos a la realidad de cada comunidad. El concepto de lo ideal cruzado por lo real de cada institución y cómo en la divergencia existen puntos de encuentro y acuerdos hacia las propuestas o paradigmas que se sostienen actualmente en simulación desde la mirada del teatro aplicado, ya que esta investigación se sustenta desde el mundo de la cultura y las artes, desde el lugar de origen del actor/investigador.

Este lugar de habla también se desprende desde el mismo juicio a la práctica médica, ya que como se ha señalado, dentro de ese mismo territorio confluyen y divergen distintas miradas hacia la salud, las personas y las orientaciones de su práctica. Más allá de levantar la voz desde la queja hacia su poca unicidad, es evidenciar que en sí misma coexisten prácticas diversas y validadas por la cultura según su geolocalización.

Si la medicina mundial es capaz de coexistir en su diversidad, la simulación clínica entonces es también permeable a nuevas o diversas versiones de sí misma, no con un fin aleatorio o menos profesional en su ejecución; la simulación clínica es un lugar abierto a la experimentación concreta de todos quienes participan en ella, y por tanto, está afecta a cuestionamientos sobre sí misma para su evolución e integración de las ideas hacia el aprendizaje colectivo y colaborativo, sin restricciones asiladas en paradigmas que ella misma en sus bases está confrontando.

Otro lugar para la elección de los pacientes simulados de esta investigación es su grado de organicidad en tanto su aplicación. Con el término orgánico, se refiere al concepto descrito por Eugenio Barba como lugar vivo y adaptado en el presente, como acto verosímil y concreto dentro de la situación representada. Y en este caso, aplicado a la simulación clínica desde la mirada de la interpretación teatral como:

la experiencia del oficio se forma a través de una cualidad del tiempo que puede ser organizada, compuesta en frío, pero no puede ser aquella lineal de la escritura o de los buenos programas sobre papel. Es un tiempo hecho de intermitencias y de cruces, de impulsos y contraimpulsos. Es tiempo orgánico, no fracturado por geometrías, por horarios y calendarios. La acción del pensamiento funciona en el aprendizaje como funciona en la situación creativa y en el bios escénico: a través de la dialéctica entre orden y desorden. Orden sin orden. Meyerhold hablaba de ficción pedagógica. En sus labios de condottiero dedicado al teatro, “ficción” no podía significar “duplicidad” sino compresencia de numerosas lógicas, puestas-en-visión de la simultaneidad. (Barba.1994:147)

Esta organicidad entendida entonces como el acto concreto de la escena como un tiempo y convivio real. Lo que ocurre en la escena simulada es percibido desde lo verosímil y es experimentado por todos los presentes como una escena de la vida real y no solo como un ejercicio académico. La inmersión en la escena de las y los estudiantes, del equipo docente y del actor/investigador desde su rol simulado. Todo convergiendo hacia la verosimilitud situacional de todos los involucrados desde su experiencia activa y concreta, generando espacios de aprendizaje significativo y lugares de reflexión de la práctica en todos los niveles de interacción de las personas.

El teatro aplicado en su función mediadora y como facilitador de experiencias que transitan lo real desde lo liminal, y desde el resguardo del espacio protegido y encauzado por todos quienes planifican, diseñan y aplican este recurso para mejorar la calidad de la atención en salud.

Este teatro, diferente, no se hace solo con la intención de comunicar un mensaje con un formato estéticamente bien elaborado, sino que su foco está dirigido a ayudar a individuos o colectivos (sociedades u organizaciones) con carencias en alguna dimensión personal o social, vivida como privación y concretada en insatisfacción, exclusión, marginación u opresión. Es decir, no es un teatro puro, sino un teatro aplicado. En nuestro ámbito, este término empieza a ser reconocido y ya hay algunas publicaciones que han tratado de sistematizar este campo. El teatro y la dramatización (prácticas dramáticas), en particular, y el arte, en general, gozan de un vasto potencial para el crecimiento en las vidas de los individuos y de las comunidades. Pero el arte y el teatro son esencialmente anárquicos, y el teatro, en especial, es intrínsecamente efímero. Por lo que no siempre es posible anticipar la dirección en la que puede ocurrir cualquier deseado cambio. (Motos. 2015:10)

Así entonces, se observa cómo se han planteado las historias de Carlos, Maritza y Luis como elementos identitarios de una práctica no exenta de contradicciones, pero también llenas de aciertos respecto al ejercicio del teatro y su lugar en estos espacios de la ciencia.

El caso de Carlos Linares, el primer paciente simulado.

El primer acercamiento a la simulación clínica para el actor/investigador ocurre a través de la interpretación de Carlos Linares, un hombre de mediana edad en situación de calle a ejecutarse el primer semestre de 2019. Este paciente simulado pertenece al primer ciclo de simulaciones para las y los estudiantes de primer año dentro de la asignatura anual de Introducción a los Cuidados Clínicos de Matronería (ICCM) perteneciente a la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Santiago de Chile (Usach), en la actividad de aplicación de una entrevista clínica en el contexto de un Centro de Salud Familiar (CESFAM).

El ingreso al mundo de la simulación clínica a través del ciclo de entrevistas tanto para las y los estudiantes, también es el primer ejercicio práctico de simulación para el actor/investigador que fue convocado para ello. De las reuniones previas con el equipo docente de ICCM se articulan cuatro sesiones de simulación clínica para dividir el curso en cuatro grupos de dieciocho estudiantes, y éstos a su vez agrupados en tres equipos de seis estudiantes que rotarán por tres estaciones de simulación en un tiempo estimado de treinta minutos por cada estación y los traslados entre cada una de ellas como un sistema de postas. De los escenarios diseñados para esas estaciones, dos de ellas se destinaron para la práctica de habilidades técnicas – examen físico general y segmentario- y una estación destinada a la entrevista clínica de nuestro primer paciente simulado.

El trabajo de entrevista clínica se ejecuta en una sala dividida en un espacio simulado acondicionado como una réplica a una parte de un box de atención primaria en salud, con un escritorio flanqueado por dos sillas: una para la o el estudiante que tome el rol de entrevistador y otra destinada al paciente simulado. Este espacio es el que toma el significado de escenario, el cual es observable desde las otras cinco posiciones de espectadores de los demás estudiantes del mismo grupo de seis, más una silla para la docente que facilita la experiencia.

Con foco en el paciente simulado, la docente encargada de dicha estación recibe al grupo de seis estudiantes solos, les indica las reglas del contexto y los objetivos de aprendizaje para dicho escenario, previamente descritos en las clases formales de instrucción teórico-práctica de los contenidos a desarrollar experiencialmente.

Antes de avanzar con el relato del caso de Carlos, es pertinente comentar el sentido de su inclusión en esta investigación, ya que pertenece a un ciclo de cuatro pacientes simulados junto a Marina, que es una adulta mayor con sintomatología dolorosa; también Cecilia, una mujer de mediana edad que consulta por anticonceptivos; y por último a Camilo, un hombre joven que ejerce el comercio sexual. Cabe destacar que los cuatro pacientes son encarnados por el mismo actor, donde emerge el tema de los cruces en la interpretación de roles masculinos y femeninos, la cual se ampliará en el segundo estudio de casos, dentro de la caracterización como foco dentro de la escenificación y preparación de un paciente simulado.

De las reuniones de coordinación y planificación conjunta con el equipo docente de la asignatura, se propone diseñar cuatro pacientes simulados con diferentes necesidades y distintas realidades, aun cuando todos ellos tributan al desarrollo de habilidades no técnicas a través de la comunicación efectiva, la entrevista como método de anamnesis y los niveles de interacción con pacientes con grados de afectación y dotados de características expresivas no pasivas a la acción y diálogo de las y los estudiantes. De este modo, se articuló el ciclo de simulaciones comenzando con Carlos, luego Marina, Cecilia y finalmente Camilo.

Se diseñó cada paciente simulado para este ciclo apelando a la diversidad de usuarios reales vinculados al ejercicio de la Matronería, ampliando el espectro por sobre la noción popular del rol profesional de matronas y matrones en el país: atender solo a pacientes gestantes, neonatos y personas en situación de puerperio por dichos profesionales de la salud.

El ejercicio profesional con usuarios de distintas realidades socioculturales se evidencia al proponer a personas en situación de calle -como Carlos- y poca adherencia a rutinas de higiene y hábitos saludables; las dificultades de las personas adultas mayores con pocas redes de asistencia (el caso de Marina); las y los usuarios descontentos con el sistema de salud pública y los tiempos destinados a atención en salud (el caso de Cecilia); y las dificultades de comunicación con personas con alteraciones del lenguaje por consumo de drogas y otros factores de interferencia en la comunicación, (el caso de Camilo) para luego en una sesión final compartir todas las experiencias recogidas de cada sesión y complementar el aprendizaje del curso general a través de los comentarios y reflexiones de cada grupo asociado a cada uno de los pacientes simulados desarrollados.

La historia de Carlos es relevante para esta investigación al permitir la inmersión del actor/investigador a un sistema de trabajo actoral distinto a cualquier otra experiencia laboral previa, donde la preparación del paciente simulado requirió de tiempo de estudio y planificación de cada elemento y dispositivo que alimenta el relato y coherencia a dicha presencia. Del trabajo conjunto con el equipo docente, se organiza un relato en función de las respuestas esperadas a una entrevista clínica para el llenado de una ficha del usuario en cuestión, y donde a su vez comienza la etapa de recolección de elementos de vestuario y acondicionamiento para la caracterización del paciente.

Un elemento a desarrollar dentro de la interacción con las y los estudiantes es el tono agresivo y desconfiado de Carlos a las preguntas del cuestionario, y a su vez proponer al grupo de estudiantes un acercamiento al trabajo con personas en situaciones de carencia y muchas veces vulneradas en sus derechos como individuos. En este ejercicio, se pretende levantar información y análisis en las y los estudiantes respecto a su propia resistencia al trato con personas con pocos hábitos de higiene y el mal olor acumulado por la misma situación de calle, y cómo este factor social condiciona la interacción de las y los estudiantes enfrentados a esta situación recreada.

A modo de contexto de la realidad sugerida desde el paciente simulado diseñado, se registran algunas frases del relato recreado como respuesta de Carlos a las y los estudiantes en este diálogo recreado:

“Hace rato que vivo en la calle, ni me acuerdo (...) El tío de la casa de acogida me tshrajo pa'l consurtorio porque me pillaron varias carachas en el cuerpo(...) No recuerdo ná' cuando me bañé por última véh(...) Duermo con loh perroh y me pego en la ca'éza con vino pa' guantar la noche, ya veces dispierto mea'o.” (Carlos Linares, 40 años)

Este trabajo actoral de interpretación de un paciente simulado puede observarse desde el teatro aplicado como matriz de sentido (como especificación de su lugar de origen y vinculación al arte teatral), así también desde su lugar funcional como elemento facilitador del aprendizaje por medio de la práctica (para las y los estudiantes en la construcción de su rol profesional, y también como aprendizaje para el actor/investigador que se inserta en un contexto laboral de innovación docente), y ser observado desde los elementos que constituyen y codifican este ejercicio desde la simulación clínica.

Para el estudio de caso desde la experiencia con Carlos Linares, el énfasis de la observación y análisis esta en la teorización de la práctica de la simulación como parte del teatro aplicado, dado el impacto generado en el grupo de estudiantes y en el mismo actor/investigador dentro de esta sesión de simulación y su posterior análisis como experiencia colaborativa y de aprendizaje significativo expresado a través de las ideas de Augusto Boal y su Teatro del Oprimido organizadas por Márquez como prólogo al autor y pedagogo teatral:

“El Teatro del Oprimido es un teatro-límite: límite entre la ficción y la realidad, la persona, la personalidad y el personaje, entre el teatro y la psicología, el teatro y la pedagogía, el teatro y la acción social. Nuestro plan prevé el estudio de esos límites, sus fronteras, sus superposiciones. Queremos verificar, con una práctica minuciosa y coherente, los principios esenciales del Teatro del Oprimido:

1. ¿Todos pueden hacer teatro?
2. ¿Puede el espectador convertirse en protagonista de la acción dramática para así estudiar su presente y preparar su futuro?
3. ¿Se puede transformar verdaderamente la realidad a través del teatro; la realidad individual, social, política?
4. ¿Dónde? ¿En la escuela, en el hospital, en el barrio? “(Márquez, 2017)

Dada la interacción entre Carlos como paciente simulado (y a su vez concreto) y como entidad ligada al teatro y a las convenciones generadas por la misma práctica de la simulación clínica -reglas del juego conocidas de antemano por cada participante en situación de simulación y sus pares como observadores- donde las y los estudiantes son parte fundamental

del hecho teatral, como consecuencia de esta práctica límite sin necesariamente estar racionalizando su propia intervención en la escena como un intérprete teatral, y aun así, estar evidenciando la teatralidad de la escena simulada en tanto existe el hecho teatral y el convivio entre actrices, actores y las y los estudiantes participantes en sus roles de profesionales en formación de la salud tanto como un entrevistador como observador – y en adelante *espectador* (Boal, 2004) dada la plasticidad y dinamismo que permite la simulación clínica de pasar a ser protagonista de la escena simulada, su observación en tiempo real o virtualizada, y la posibilidad de asumir el rol de entrevistador cambiando su situación de espectador a actor, como lo acuña Boal dentro de su teoría del Teatro del Oprimido:

Lo que propone la Poética del Oprimido es la acción misma: el espectador no delega poderes en el personaje ni para que piense ni para que actúe en su lugar; al contrario, él mismo asume su papel protagónico, cambia la acción dramática, ensaya soluciones, debate proyectos de cambio, en resumen, se entrena para la acción real. En este caso puede ser que el teatro no sea revolucionario en sí mismo, pero seguramente es un «ensayo» de la revolución. El espectador liberado, una persona íntegra, se lanza a una acción. No importa que sea ficticia; ¡importa que sea una acción! (Boal, 2018: 27)

El espectador entonces se convierte en protagonista de su historia y a su vez de su aprendizaje, a través de la acción dramática propuesta por el diálogo semiestructurado de la entrevista clínica (el pretexto, en términos de sentido teatral) con el objetivo fundamental de preparar su inserción en el mundo laboral como profesional de la salud interpretando escénicamente una versión de sí mismo en situación de experimentación de su función a través de un juego mediado desde lo teatral. Si bien la educación formal prepara para un supuesto futuro, en este ejercicio se refuerza el trabajo desarrollado en tiempo presente para dinamizar su aprendizaje con foco en su aplicación con pacientes y usuarios reales en el futuro.

La escena simulada y la utilización de Carlos como elemento diferenciador desde su historicidad simulada, permite a las y los estudiantes elaborar un sistema de relaciones desde sus experiencias previas; con conceptos implícitos en el uso y la conceptualización de Carlos como recurso de aprendizaje en relación a: las personas situación de calle en Chile, los hábitos de higiene en la población y el acceso a servicios básicos de salud de la población en general, el trato respetuoso y digno tanto para cada usuario del sistema de salud así como trabajadoras y trabajadores del área de la salud en sus distintos niveles y especificidad

técnica, y los riesgos propios de la interacción con la diversidad socio-cultural del país; además de la reflexión crítica de su futuro profesional y los diversos contextos laborales que rodean su práctica, siendo entonces un recurso transformador de las y los estudiantes, dada la multiplicidad de capas de análisis de esta experiencia. En este punto, el Teatro del Oprimido en su función pedagógica permite al participante evidenciar su situación actual, su construcción sociocultural como individuo y las implicancias favorables o menos favorables dentro de su ejercicio profesional.

Uno de los conceptos utilizados por Boal para describir lugares de inserción del Teatro del Oprimido es la técnica del Teatro Invisible (desarrollada por Boal en la Argentina de los años '70), ya que a través del acto teatral encubierto de actrices y actores con personas sin información previa a su puesta en escena en lugares públicos, se logra el diálogo y la interacción con el público sin necesidad de instalar un escenario para que el teatro ocurra, con la intención de levantar información y conciencia crítica de la realidad que circunda a dichos participantes, para que estos últimos reflexionen y cuestionen su propia realidad a través de este ejercicio, que en primera instancia nunca es revelado a quienes participaron de él. Así entonces, Boal evoluciona del Teatro Invisible para dar paso al Teatro Foro (Boal, 2018) como metodología para el uso de las estrategias y recursos del teatro para propiciar el juego entre las personas en sus grupos y comunidades, siendo el teatro otra vez un medio para abrir caminos, no buscando una verdad absoluta o la receta del aprendizaje entre sus manos. Así al teatro en la simulación clínica:

No le corresponde mostrar el camino correcto, sino ofrecer los medios para que todos sean estudiados. Puede que el teatro no sea revolucionario en sí mismo, pero estas formas teatrales seguramente son un «ensayo de la revolución». La verdad es que el espectador-actor practica un acto real, aunque lo haga en ficción. (Boal, 2018: 51)

Y en ese acto transformador cada persona tiene la posibilidad de probar sus herramientas y saberes más allá de lo integrado en las aulas de la medicina, ya que la simulación clínica apela al ser en su totalidad para acceder a esta verdad posible de ser experimentada -aún bajo la mirada docente- y con la libertad de evidenciar a través de la práctica lo significativo de ese aprendizaje. Se construye a sí mismo desde una propia versión, como también el actor/investigador construye a través de la experiencia simulada

los valores y códigos nuevos del lenguaje médico y científico como territorio de exploración desde la práctica teatral. Entonces, todos quienes participan de la experiencia simulada son capaces de evidenciar las acciones concretas y sus multiplicidades de consecuencias a ellas, desde el análisis del ejercicio como una escena de la vida cotidiana, pero con el filtro de la teatralidad liminal para facilitar ese encuentro íntimo y particular. El teatro se presenta hacia las personas como elemento revelador de su realidad y la posibilidad de ensayar (como en el Teatro) distintas acciones vinculadas a la transformación de la sociedad hacia el bien común por parte de las y los participantes a dichas sesiones.

«Somos todos artistas: haciendo teatro, aprendemos a ver aquello que resalta a los ojos, pero que somos incapaces de ver al estar tan habituados a mirarlo. Lo que nos es familiar se convierte en invisible: hacer teatro, al contrario, ilumina el escenario de nuestra vida cotidiana». (Boal, 2018: 12)

El ejercicio del teatro con las y los estudiantes participantes de cada escena simulada es también un acuerdo dialógico concreto con elementos y herramientas propias del teatro aplicado desde en el teatro foro. Si bien bajo las reglas instauradas desde las ciencias médicas, estas reglas pueden ser encontradas y descritas dentro del lenguaje escénico. Al poner en escena cada uno de los elementos seleccionados -así como en el teatro, todo comunica- cada rol e intérprete de sí mismo tiene la oportunidad de observarse como un elemento de prueba de un discurso (y por defecto de una acción), donde su participación escénica lo configura como un *personaje* también digno de ser analizado en su acción incluso de sí mismo como elemento discursivo dentro de la escena, más allá de sólo su labor de estudiante/entrevistador como encargo de la actividad.

En el caso de Carlos y su lugar en el Teatro del Oprimido, es observable como elemento discursivo de doble entrada – casi paradójica- al utilizarlo como elemento dialógico con quien las y los estudiantes necesitan acceder a la comunicación, y solo se generan interacciones estériles, poco fluidas desde los quiebres y brechas entre los participantes y su paciente simulado ya que, como elemento dialógico de la simulación, su misma constitución y apariencia entorpecen y dificultan esta interacción por el carácter agresivo y desconfiado para la escena propuesta.

Entonces se complejiza el lugar del diseño y planificación de las actividades de simulación desde el uso de “casos ideales de usuarias y usuarios de la salud pública en el Chile actual”, o bien abrir el debate desde las propuestas y reflexiones asumiendo el ejercicio de simulación hacia lugares y personas complejas (como en la vida real y cotidiana de los servicios de salud), al paciente recreado como asociación simbólica de dichos lugares y situaciones adversas, y también observado como dispositivo para propiciar el conocimiento a través del arte, desde los sistemas de relaciones que evoca, y no como una forma final y acabada de la realidad sanitaria en Chile:

El arte es una forma de conocimiento: por lo tanto, el artista tiene la obligación de interpretar la realidad, haciéndola comprensible. Pero si en lugar de interpretarla se limita a reproducirla, no la estará conociendo ni dándola a conocer. Y cuanto más iguales sean la realidad y la obra, tanto más inútil será la segunda. (Boal, 2018: 85)

Si el arte es una forma de conocimiento, y como artista se espera su acción sea un agente de cambio, también es necesario analizar esta primera experiencia de simulación clínica desde la ignorancia de dicha práctica con anterioridad al año 2018, y donde Carlos representa una puerta al ejercicio del oficio teatral en su completitud, dado el alto grado de compromiso con el proyecto educativo y las necesidades de información y aprendizaje del universo de las ciencias médicas desde la mirada de la actuación. En este punto, dadas las pocas referencias concretas de la práctica antes del 2018, los conocimientos teatrales previos son para el actor/investigador un punto de inicio para afrontar el encargo y los objetivos de aprendizaje a los que se adhiere para ser funcional y coherente en su justificación de aplicabilidad dado el diseño de la actividad de simulación en comunicación con el equipo docente de la asignatura ICCM.

En el proceso de planificación, diseño, ejecución y análisis del ejercicio de la simulación a través de Carlos, para el actor/investigador es primordial el apoyo y colaboración del equipo docente para enfrentar el propio proceso de aprendizaje e inserción a esta práctica de simulación y por ende vincularse a procesos de educación universitaria y la responsabilidad y seriedad que conlleva este ejercicio, siempre recordando que en los estudios de formación actoral previos -como lugar de habla desde el teatro- jamás se mencionó esta posibilidad de práctica, y sólo apareció y ofreció como posibilidad laboral después de participar de otras experiencias con el mundo universitario a través del teatro aplicado como recurso de sociabilización desde la Dramaterapia en la misma casa de estudios de la Universidad de Santiago.

Carlos representa el miedo, la ansiedad y las altas expectativas del querer desempeñar lo mejor posible el encargo y cumplir con las perspectivas de las docentes donde se inserta este ejercicio teatral, que es la aplicación de preguntas y observación del usuario en su contexto bio-psico-social, para enfocar la acción del Plan de Matronería (las acciones esperables del rol). Carlos entonces se construyó con la ayuda de las docentes y sus directrices de lo que necesitaba aportar y llevar a la entrevista: Sus dolencias, su estructura de personalidad, los rasgos comunes a su situación vital, sus redes de apoyo y lo más importante, su forma de expresarse con y para las y los estudiantes. Habiendo detectado los objetivos pedagógicos de la escena simulada y los signos y síntomas coherentes para su construcción, tanto en el relato como en la idea de caracterización (la estructura como cuerpo material de Carlos y las necesidades de elementos constitutivos para identificarlo dentro de un grupo, como sujeto individual y perteneciente a un lugar reconocible dentro de la sociedad chilena), es inevitable para el actor/investigador formado bajo la escuela occidental de pensamiento teatral no volver a los postulados de Stanislavski (1936) y su método de análisis de personajes en su etapa de estudio previo a su puesta en escena: El estudio de la tridimensionalidad de este personaje para ser situado como un ente vivo y reconocible desde lo cotidiano de la observación de lo social, ahora en una situación de teatro fuera de los lugares convencionales para la existencia del teatro (salas de teatro, explanadas, anfiteatros, por ejemplo) siendo resituado en un espacio teatralizado pero con fines educacionales y no espectaculares en su cometido.

Teniendo definida la carta de navegación para la construcción tridimensional de Carlos desde los lineamientos de Stanislavski (1936) y los recursos involucrados para su puesta en escena desde las necesidades descritas por los objetivos de la asignatura ICCM, comenzó el acopio de los materiales para dicho encargo.

Y el desafío se volvió asco: recoger ropas de la calle para diferenciar la imagen exterior de Carlos de otras creaciones, dándole un sentido identitario y reconocible desde la sociedad chilena y las personas en situación de calle. Las prendas obtenidas fueron sanitizadas como resguardo frente a posibles enfermedades transmitidas por la ropa, pero sin perder la apariencia de ropa con mucho tiempo de uso y la acumulación de suciedad en ellas. Con el ánimo de aportar a la verosimilitud de la propuesta de caracterización, las prendas seleccionadas fueron ofrecidas como ropa para camas de perros guardianes de una parcela por dos semanas, quedando impregnadas con el olor de los animales. El estudio del paciente simulado también requirió de esfuerzos adicionales por parte del intérprete, ya que necesariamente hubo que modificar los propios hábitos de higiene para aportar a la construcción del rol simulado: Entrenar físicamente y no bañarse en casi tres días. Colectar orina y vino. No lavarse los dientes desde el día anterior a su presentación.

Es propio considerar que esta experiencia ocurre en el año 2019 y, por tanto, será una acción previa a los acuerdos sociales impuestos por la pandemia de Covid-19 y el uso de elementos de protección personal (Como mascarillas, pecheras y guantes para los usuarios del sistema de salud, por ejemplo).

Todo para facilitar la percepción de las y los estudiantes enfrentados a esta persona en situación de calle. La imagen desde lo precario y el olor característico de quienes sufren de alcoholismo en la vía pública. Transitar este proceso también desde el ser actor como individuo como ente social: la relación con la situación de calle, el mundo marginal y la ruptura con el sistema de vida estandarizado como “correcto” dentro de la sociedad chilena actual.

Otro punto de su implementación y de ejercicio social fue el mismo día de su aplicación como paciente simulado, ya que Carlos fue caracterizado en la casa del intérprete – Barrio Yungay en Santiago Centro- y luego se desplaza a pie hasta llegar a las dependencias del Hospital Clínico de Simulación de la Facultad de Ciencias Médicas (FACIMED) de la

Universidad de Santiago de Chile, ubicadas en General Amengual 50, Estación Central. El trayecto desde el domicilio del actor/investigador al edificio de simulación no está exento de experiencias nutricias a la historicidad del paciente: Las personas que se cruzan en su tránsito lo esquivan, dada la propuesta de imagen y sentido de la misma, los transeúntes rehúyen el contacto visual con Carlos, y otros se alejan al inferir cierto peligro emanado por esta entidad en este espacio común. El primer efecto del teatro invisible a través de la performance silenciosa de recorrer Santiago a pie y verificando la efectividad de la propuesta visual y material del rol. Las expresiones de asco y desprecio emitidas por los transeúntes que se cruzan con Carlos refuerzan la solidez de la propuesta antes de ser vivenciada por las y los estudiantes dentro de la escena a desarrollarse en esa jornada.

El tránsito por Santiago permite además ajustar otros elementos de la construcción tridimensional del paciente: ya que en el ejercicio de caminar también se articula un sistema de marcha distinto al intérprete, y la disposición física como parte del lenguaje no verbal que sustenta esta construcción. Todos elementos funcionales al trabajo de interpretación actoral, y que permiten al actor/investigador asirse de cualidades y signos reconocibles por sus interlocutores (el *gestus* social, que se ampliará como concepto en el siguiente caso de estudio) para el ajuste de cada expresión en consonancia a la verosimilitud requerida para esta interacción tanto con las y los estudiantes (como foco primario y esencial) y también el efecto frente a las docentes que validan su aplicación. Sentir en carne propia el asco y el rechazo social. Una coraza que también permite al intérprete resguardarse dentro de la misma experiencia. Al extremar la presencia de Carlos, las nociones del actor/investigador como individuo se reducen frente al artificio.

El ingreso al edificio de simulación de la universidad no está exento de experiencia: El guardia cae en la trampa de la simulación, y en un acto de dignidad y quiebre del espejismo, Carlos le informa al guardia (a través de la voz del actor/investigador) con su mejor lenguaje académico su función como actor de simulación y trabajo destinado para esa jornada. Contacta entonces al equipo de docentes por teléfono, y su recepción también es compleja. Agradadas por la caracterización y asqueadas al mismo tiempo. El guardia cambia su actitud y disfruta del engaño. Conducen a Carlos a las afueras de la sala acondicionada como el escenario, y sale la primera estudiante a recibir a su paciente simulado. Lo llama por

su nombre y su cara se deforma en una mueca compleja, no esperaba un paciente en esas *condiciones*, no esperaba enfrentarse a un hombre en malos términos de higiene y por demás tosco, agresivo.

Se inicia entonces el juego de la simulación y por tanto, dentro de una práctica teatral en los límites de la realidad y la ficción al combinar estas percepciones de lo real, lo concreto, lo ficcionado y la trama de relaciones conceptuales en tiempo presente.

lo liminal como la emergencia de un modo que hacía posible habitar el mundo de forma poética y auténtica, aunque efímeramente. La liminalidad está inevitablemente vinculada a la *communitas*, a la proximidad desjerarquizada hacia los otros, al encuentro no reglamentado pero vital, al hacer por sí mismo y por los otros, a las subjetividades deseantes, a las políticas del deseo (Diéguez, 2014:13)

Este es un espacio liminal, de bordes difusos y de contenido conceptual que permite la investigación desde todas las áreas de conocimiento involucradas. Si bien existe un lugar delimitado como escenario, las interacciones entre lo humano y lo simulado, entre la vida y el teatro son las que sustentan esta arista de análisis respecto a esta práctica y sus delimitaciones como convivio entre personas y actores en situación representacional.

Es este cúmulo de experiencias formativas para el intérprete frente al desafío de encarnar fielmente a una persona fuera de los límites del teatro convencional, donde la misma construcción apela a lugares desagradables de la experiencia vital de un otro, es lo que propicia un aprendizaje significativo desde la práctica, reconfigurando en la experiencia el cómo integrarse en un nuevo territorio de búsqueda desde el oficio aplicado.

Carlos trae consigo la experiencia de los años de teatro en el cuerpo y aun así, los mismos miedos del salir escena con un teatro lleno, la sensación se repite, y se percibe como un lugar con igual capacidad de dignidad, ritualización y seriedad como cualquier montaje teatral profesional. La dignidad de la práctica desde el trabajo minucioso y lleno de detalles para crear el efecto de atrapar la otredad desde el respeto. Ahora, el escenario es íntimo y radical, el teatro ocurre en toda su magnitud en unos pocos metros cuadrados, un espacio lleno de miradas expectantes, miradas de estudiantes en su primer ejercicio de simulación y con evidentes señales no verbales de nerviosismo e inquietud dada la actividad presentada.

Ellas y ellos tienen la información y las directrices de lo aprendido en el aula, y es tiempo de poner en práctica lo integrado, con el nivel de dificultad de todo primer acercamiento a una práctica. Todo es nuevo en la experiencia para estudiantes y paciente simulado, excepto para las docentes encargadas de la actividad, con años de experiencia en los servicios de salud. Se respira el miedo. Y se trabaja con el miedo para buscar elementos significativos de aprendizaje, tanto desde los aciertos en cada interacción con cada estudiante, así como las oportunidades de mejora que son evidenciados en cada recreación y reproducción de la misma escena en sus líneas generales, y la particularidad de ser un ejercicio único entre cada estudiante y el paciente simulado como convivio presente, siendo observado por sus pares simultáneamente en este juego de interacciones y cambios de rol de entrevistador y estudiante observador.

Como se ha descrito, el ejercicio de simulación clínica pretende modificar la interacción dentro de la comunidad académica con el firme propósito de generar aprendizajes significativos desde variados recursos e innovaciones en el aula. En este sentido, la simulación clínica pone a las y los estudiantes en el centro del aprendizaje, motivándoles hacia experiencias cada vez más dinámicas y participativas, en oposición al aula tradicional con una estructura jerarquizada y verticalizada del saber, donde en este ejercicio se pretende “desafiar las miradas canónicas: pensar la teoría como metáfora, analizar discursos expandiendo los horizontes literarios, textualizar el cuerpo y corporizar los textos.” (Diéguez, 2014:10)

Pensar y acercar la teoría desde la práctica, donde los procedimientos y materiales del ejercicio profesional en espacios liminales generen nuevos puentes de conocimiento, tanto para el estudiantado en formación, así como actrices y actores en un nuevo lugar de prácticas, dando cabida al cuerpo como sujeto de estudio, expandiendo horizontes de conocimiento entre todos los estamentos involucrados. Ampliar la mirada desde nuevos horizontes.

Volviendo a Carlos y los matices de esta experiencia piloto, la reiteración del ejercicio simulado dentro de los parámetros de la entrevista clínica genera una suerte de prueba y error en la repetición de la misma escena a través del cambio de cada estudiante que toma el rol de entrevistador. Como el primer acercamiento no logra un diálogo fluido entre Carlos y la estudiante, la nueva escena pretende mejorar el desempeño del segundo estudiante. Pero, se debe considerar que para cada uno de las y los estudiantes es una primera vez, por mucho que la observación de sus pares entregue luces y pistas para enfrentar una nueva escena con mejores herramientas comunicacionales y puentes de diálogo con el paciente.

En esta reiteración aparece el “ensayo observado” como un elemento teatral de revisión del trabajo como método formativo, y en esta sistematización de pruebas desde la práctica emergen diversas acciones como propuestas reflexivas y activas frente al desempeño de sus pares en las escenas simuladas anteriormente observadas por si mismos. El ensayo entonces cobra vital sentido en la observación de posibilidades, para resolver el acertijo propuesto. Dada la construcción del relato, a cada escena se avanza un tramo respecto de las primeras pruebas, así los nuevos participantes acceden a un escenario ya abierto y propositivo, que también invita a jugar y experimentar a quienes observan.

Los participantes que intervengan tienen obligatoriamente que continuar las acciones físicas de los actores que son sustituidos; no se les permite que, simplemente, entren en escena y se pongan a hablar y hablar y hablar: tienen que continuar el mismo trabajo o las mismas actividades de los actores que estaban en su lugar. La actividad teatral debe seguir igual, en escena. Uno puede proponer cualquier solución, pero en escena, trabajando, actuando, haciendo cosas, y no desde la comodidad de su butaca. Muchas veces, uno es muy revolucionario cuando en un foro pronostica y sugiere actos revolucionarios y heroicos; en cambio a menudo advierte que las cosas no son tan fáciles cuando tiene él mismo que practicar lo que sugiere (Boal, 2018: 49)

Si bien las y los estudiantes no conocen en primera instancia los postulados de Boal y su Teatro del Oprimido, en su trabajo en la escena simulada se está ejerciendo esta mirada al proceso teatral y su función pedagógica para despertar a las y los participantes como individuos pertenecientes a un grupo, comunidad y su influencia frente a sus decisiones y acciones. Cada acción tiene su consecuencia, y en este sistema de prueba y error permite elaborar secuencias de aciertos y vectores de mejora en cada nueva escenificación.

El error en el aprendizaje dentro de la simulación es valorado desde su oportunidad de corrección en futuras interacciones, como es el caso de trabajar con pacientes y usuarios reales en un futuro próximo. El aprendizaje entre pares también fomenta las acciones colaborativas en la búsqueda de soluciones creativas y coherentes con el ejercicio profesional.

La reiteración de la escena, basándose en el desarrollo del mismo relato por parte de Carlos permite dichas pruebas desde la elaboración de cada participante. Es entonces que la escena simulada abre un portal de múltiples versiones para el mismo relato. ¿Cómo se percibe entonces esta reiteración desde el estudiantado?

En primer lugar, la misma coherencia del relato permite ajustar las posibles respuestas y direccionar el uso del lenguaje verbal y no verbal de las y los estudiantes para acceder a nuevos puentes comunicacionales con el paciente. Si el relato no fuese estructurado en atención a los objetivos de aprendizaje, se estaría frente a una identidad difusa, y el diálogo y las formas de comunicación diseñadas por el equipo docente y el intérprete perderían, en primera instancia, el valor de la equidad de recursos para todos y cada uno de los participantes. Y el objetivo de llevar la escena desde la coherencia y la verosimilitud se diluye. Esto también refuerza la necesidad de planificación y diseño de cada paciente en función de los objetivos de aprendizaje de la asignatura y el desarrollo óptimo de la actividad formativa.

El ejercicio simulado también es de breve ejecución, no más de diez minutos con cada estudiante, siendo el promedio una interacción de cinco a seis minutos en cada escena. ¿Cómo se justifica y analiza esta práctica momentánea?

Intento aproximarme a corpus efímero y performativo, pues su existencia -no su trascendencia- está limitada al instante en que ocurre el fenómeno escénico, inserto en un conjunto de relaciones que lo modifican (Diéguez, 2014: 17-18)

Puede percibirse entonces como una escena pasajera e incluso irrelevante respecto al tiempo, aun cuando la reiteración del mismo ejercicio tiende al aprendizaje colaborativo más que a una receta funcional y única. Es en este punto donde aparece el concepto de lo humano -o el factor humano- como elemento que tiende a la diversidad, a la búsqueda y expresiones de soluciones distintas, complementarias e incluso antagónicas. Y todas ellas son válidas, ya que sigue perteneciendo a un proceso de aprendizaje y no un resultado final de grado.

La reiteración de la escena simulada transporta a todos quienes participan de la sesión a vivenciar un ejercicio desde un marco incluso atemporal, ya que el paciente vive la escena como una primera vez, aun cuando las demás personas advierten e interiorizan este momento como infinito desde esta repetición. Este poder de revisitar la misma estructura y vivenciarla dentro de un tiempo presente – en tanto cada vez que se interpreta en actuación se espera que la experiencia sea verdadera y coherente en la expresión de opiniones y emociones siempre en tiempo presente y continuo- Entonces, se presencia un acto ritual propio del Teatro y su capacidad de transitar por un relato las veces que sea necesario, siempre desde la verdad de la experiencia.

Si de rituales se trata, esta práctica transita en lo real y cotidiano desde el diálogo e interacción con cada uno de las y los participantes, que además validan la presencia del paciente simulado como una entidad concreta, incluso a través de comentarios al cierre de cada sesión con un grupo que indican el “ver a una persona, y sentir que estoy hablando con una persona que puede estar en la calle, porque dejo de ver al actor que está detrás de ese paciente” hace entonces que este convivio entre las personas involucradas desde su rol en la simulación -estudiante, docente, actor de simulación- refuerzan la idea de que “algunos rituales públicos como hechos conviviales en los que se condensa a través del acto real y a la vez simbólico, una realidad liminal. (Diéguez, 2014: 45), donde los estudiantes perciben claramente el juego en este borde de lo concreto y lo efímero, lo cotidiano y lo extracotidiano, lo real y lo ficcionado, y todas estas tensiones dialógicas de manera simultánea y complementarias a su experiencia concreta.

Así el teatro se inserta en lo cotidiano sin las expectativas ligadas al espectáculo y el reconocimiento de un público. El teatro habita en un espacio al servicio de otros saberes, siendo distinto en sus formas y nutriéndose de estas experiencias colectivas y colaborativas.

Si bien el reconocimiento de las y los estudiantes es gratificante, en el caso de Carlos es una contradicción incluso formativa, ya que fue percibido como una entidad agresiva y por momentos peligrosa, lo que genera el rechazo de muchos de los participantes. En este caso, esta contradicción también genera el análisis de una siguiente aplicación, ya que, como sabemos, para el intérprete es su primera experiencia en simulación clínica.

De las oportunidades de mejora de este ejercicio, es prudente levantar la información desde el ejercicio de las y los estudiantes de sus habilidades comunicacionales, las cuales fueron escasas frente al paciente y como resultado, la mayoría de dichos estudiantes no logró el objetivo primario del ejercicio: recabar la mayor cantidad de información para la completitud de una ficha como usuario del sistema de salud. De todos las y los estudiantes de esa experiencia, solo uno llegó a penetrar en el metro cuadrado de Carlos hasta llegar a alcanzar su mano y su hombro en un gesto contenedor y amable, los demás, incómodos y decepcionados de la situación se alejaron o abandonaron el ejercicio. Se evidencia así la falta de herramientas para comunicarse con la otredad, con lo distinto. Carlos interactuó con los dieciocho estudiantes, y pocos lograron entablar una entrevista desde la comodidad con él.

Pero también existe un lugar de aprendizaje que es significativo desde el error, como se ha descrito, el error en simulación clínica es una fuente inagotable de oportunidades de mejora. En este punto el objetivo secundario de esta interacción inacabada o poco exitosa se cumplía: dar a los y las estudiantes un baño de realidad a través de una experiencia liminal. Carlos era demasiado real como para preocuparse del registro de la ficha clínica, era más importante el estar en el presente, en ese peligroso presente.

La experiencia se completa al salir del paciente simulado y es el tiempo de hablar desde el actor/investigador para poner en valor las situaciones vividas y cómo aprender de ellas. En esta etapa descrita en la literatura de la simulación como *debriefing* (etapa de cierre de la sesión, donde se analizan todas las aristas de lo evidenciado en las escenas) aparece el autocuidado en los recintos de salud, las agresiones a las y los funcionarios y los sistemas de resguardo en situaciones críticas y de exposición vital en el ejercicio de la profesión.

Por otra parte, la dignidad de los usuarios, la realidad más allá de la paciente que acude a la matrona o el matrón por un método anticonceptivo o el seguimiento a una gestación. Aparece la Matronería como un rol social más complejo, más amplio, en contacto

directo con la realidad del país y con los individuos que componen nuestra sociedad. El respeto, la calidad en la atención y habilidades comunicacionales (habilidades no técnicas) para el ejercicio de la profesión en situaciones complejas es una resultante como aprendizaje significativo y desde el pensamiento crítico.

Carlos se despide para quedar en su retina y olfato, dejando una estela de preguntas y de apelaciones a las y los estudiantes desde su factor humano y sus prejuicios más allá del aprendizaje de técnicas y saberes propios de la profesión; y el actor/investigador que lo interpreta baja su guardia para agradecer el espacio de reflexión y trabajo con sentido.

A la fecha de este escrito, Carlos no ha vuelto a ser convocado para los años siguientes como paciente simulado, entendiéndose el grado de afectación de las y los estudiantes dentro de la sesión recordada en este caso. Ahora, con la distancia de la reflexión, sigue siendo un aporte tanto en la formación de las y los estudiantes de Matronería, y con mayor permanencia en el aprendizaje significativo del intérprete dentro de un mundo nuevo y distinto para el ejercicio del teatro.

El caso de Maritza Jofré, la transgresión en la práctica.

Para articular esta investigación fue necesario seleccionar casos que pudiesen evidenciar la multiplicidad de factores que intervienen en la misma como lugares identitarios y que consoliden una mirada desde lo individual para observar la práctica en su extensión. Este es el caso de Maritza Jofré, una paciente simulada gestante de término, con cesárea programada por complicaciones por posicionamiento y presentación podálica del bebé en su vientre y en espera de entrar a pabellón a una cesárea programada por sus cuarenta semanas de gestación. El desafío es mayor: interpretar a una mujer, gestante de término en una sala de parto. Todo esto desde un cuerpo masculino, con casi quince años de diferencia entre la edad de la paciente a recrear y la edad del actor, con el temor a no alcanzar la verosimilitud necesaria en este ejercicio de simulación. Su inclusión en este registro es pertinente ya que abarca lugares de la práctica que requieren de su análisis y documentación dadas las múltiples lecturas que se levantan desde su caso.

Si bien el intérprete e investigador ha encarnado otros roles femeninos en los años de simulación a la fecha con Marina (adulta mayor con un prolapso vaginal), Cecilia (paciente en espera de cambios en su sistema de anticoncepción), Lucero (Ejecutiva bancaria con problemas de anticoncepción), Norma (dueña de casa víctima de Violencia Intrafamiliar) y otras pacientes en puerperio y neonatología con casos complejos que se basaron en la caracterización de la primera versión de Maritza, este caso encierra los tópicos de caracterización y utilización del cuerpo como soporte a la práctica en toda su extensión.

La paciente pertenece al ciclo de simulaciones clínicas para la asignatura anual de Introducción a los Cuidados Clínicos de Matronería Médico Quirúrgico (CCMQ) perteneciente al segundo año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Santiago de Chile, Usach, tanto para la versión virtual de la asignatura en 2021, y la versión presencial de la asignatura en 2022., donde el 97% del universo de estudiantes son mujeres, y los equipos de matronas docentes en su mayoría son también conformados por mujeres. Mayor responsabilidad y respeto para lograr el objetivo, interpretar a esta gestante desde la humanización, y no desviar la atención del ejercicio hacia el intérprete y su condición de cuerpo masculino en desmedro de los objetivos que la asignatura propone.

Antes de abordar el caso de Maritza, es necesario mencionar que su aplicación como la de otros pacientes simulados cambió de ser una práctica presencial a una virtualizada por la situación de confinamiento mundial desde el año 2020. Un cambio radical en la educación a nivel mundial, y también en la simulación de pacientes se produjo a partir marzo del 2020, modificando todos los procesos presenciales a causa de la pandemia de Covid-19 (que se transita hasta la fecha), a un formato virtual en las acciones y metodologías de aprendizaje. Y la simulación clínica no es ajena a la situación mundial: adaptarse a este nuevo formato y extremar los esfuerzos y recursos para lograr los objetivos de académicos propuestos por las asignaturas. Y en este caso particular, virtualizar esta primera experiencia gestante y transmitir dicho encargo desde una pantalla.

Más allá del evidente nerviosismo de la situación representada, y de la coherencia entre el relato corporal y verbal, el ejercicio mediado por la cámara y las problemáticas de la virtualidad (estabilidad de la red de internet, luminosidad del escenario y sonido ambiente) presentaba la dificultad adicional de sostener la fluidez de la escena desde la atención e intención comunicativa frente a muchos participantes simultáneos, más allá de qué estudiante tomara el rol de matrona en el ejercicio señalado, es la fragilidad de la comunicación al ser mediada por un soporte que no es inmediato, donde el tiempo fracciona la comunicación con un desfase entre lo dicho, lo trasferido y lo recepcionado por su interlocutor.

Otro elemento de la simulación clínica que se distorsiona en este espacio virtual es la presencia y convivio de todos los asistentes dentro de un mismo espacio. La intimidad y protección del momento (para seguridad de las y los estudiantes, así como del equipo docente y de actores y actrices) se ve afectada por la misma transmisión y exposición a través de las herramientas virtuales (Zoom, Meets, entre otras) que tiende a bajar los niveles de atención, interacción y participación de las y los estudiantes por la situación descrita, con distractores e interferencias en la comunicación que dificultan el normal desarrollo de la simulación por las brechas de la virtualidad en oposición al convivio presente.

De la interpretación a través de las herramientas virtuales, aparece otro ítem a considerar: La soledad y el encierro para lograr sostener el relato y comunicación con el grupo. El encuadre de la cámara no transmite a cabalidad la situación, son las y los estudiantes quienes tienen que completar el cuadro a través de sus recursos e imaginación,

asumir la pérdida del espacio presencial para una sesión de aprendizaje basado en la experiencia concreta, in situ. Esto repercute en esta generación de estudiantes que han tenido que modificar sus procesos de aprendizaje desde la adaptación a las tecnologías al servicio de la educación, de manera abrupta e impuesta -no como una necesidad propia-, sino como una imposición con la intención de no perder los tiempos de enseñanza en todos los niveles educativos dada la situación de encierro mundial por la pandemia señalada.

Volviendo a Maritza, su planificación y diseño se inscribe dentro de los contenidos del proceso perioperatorio descrito en la literatura médica como el antes, durante y situación posterior a un procedimiento quirúrgico dentro de un pabellón hospitalario. Dentro de sus especificaciones, Maritza encarna a una gestante sin redes de apoyo extensas, con una historia familiar con situaciones de abandono, y las complicaciones devenidas de la posición de su bebé hasta antes de entrar a pabellón. El tema de la paternidad ausente, la soledad en el centro asistencial, los temores propios de una cirugía y el riesgo como procedimiento quirúrgico rodean a esta simulación como marco emotivo complejo.

Para poder responder a dicho encargo de la asignatura, es necesario integrar la información personal del investigador respecto a los partos, los nacimientos complejos y la maternidad como situación vital. Como parte de la investigación, es prioritaria la obtención de recursos materiales idóneos para la construcción y caracterización respetuosa de la idea de “mujer” como identidad desde la otredad, con todos los resquicios físicos y materiales para encarnar desde la verosimilitud el nuevo rol planteado.

Entonces, es tiempo de describir cómo las herramientas de caracterización influyen en la concreción de la simulación requerida, una ilusión coherente y verosímil dentro de un espacio de exposición virtual o presencial, con acento en el respeto y dignidad de los pacientes encarnados.

La Simulación conecta, agrupándolos en una misma energía -la pulsión de simulación-, fenómenos disímiles, procedentes de espacios heterogéneos y aparentemente inconexos que van desde lo orgánico hasta lo imaginario, de lo biológico a lo barroco: mimetismo (¿defensivo?) animal, tatuaje, travestismo (¿sexual?) humano, maquillaje, mimikry dress art, anamorfosis, trompe-l'oeil. (Sarduy, 1982:8)

El concepto de simulación como expresión concreta de planos de realidad y de ficción, circunda el trabajo de simulación clínica desde sus bases ya que, dada la necesidad de resguardar y proteger a usuarios y usuarias reales de los sistemas de salud ante malas prácticas del personal de salud, se necesita traer a las aulas o espacios de simulación clínica a personas o entidades que las evoquen para un trabajo empático, respetuoso, digno y de calidad hacia cada usuaria y usuario dentro del sistema de salud. ¿Cómo pedir seriedad y profesionalismo a las y los estudiantes si la construcción de cada paciente simulado es deficiente en su existencia, presencia y coherencia? Es tiempo de describir la función de la caracterización dentro del proceso de simulación clínica desde las bases de la filosofía.

Hay que situar al mago, al imitador, al inventor de ilusiones, al simulador. ¿se trata de un copista? El que copia, primera forma de mimetismo, reproduce, del modelo, las proporciones exactas y reviste cada parte del color adecuado. Pero cuando se trata de modelar o de pintar una obra de gran talla surgen las dificultades: si se reproducen las proporciones verdaderas, las partes superiores nos parecen demasiado pequeñas y las inferiores demasiado grandes, ya que vemos unas de cerca y otras de lejos. Se emplean entonces las proporciones que “dan la ilusión” al modelo: se trata del simulacro: “Es la debilidad de nuestra naturaleza lo que da a la pintura en perspectiva, como el arte de los constructores de ilusiones y a todas esas invenciones artificiosas, su poder mágico” (Sarduy,1982:17,18)

Entonces, es propio indagar en el marco teórico que sustenta la noción del personaje teatral y cómo esta visión se cruza con la de paciente simulado ya que, si bien se perciben como sinónimos, hay especificaciones en ambos sentidos; lo que conlleva a buscar los cruces y diferencias basales para su comprensión. Antes de hablar de caracterización, es prudente sentar las bases de las necesidades de la misma, de las capas materiales y semióticas que se desprenden del concepto *personaje*.

Para hablar de personaje desde su concepción teatral, se debe precisar que existen varios niveles de profundidad respecto al compromiso constructivo desde el plano de las ideas que representa (o encarna) y cuánto de ello afecta la materialidad de dicha entidad.

Grados de realidad del personaje

Particular ↑ General	Individuo	Hamlet	} ejemplos
	Carácter	El misántropo	
	Humor	Sir Toby (<i>Twelfth Night</i>)	
	Actor	El enamorado	
	Papel	El celoso	
	Tipo	El soldado	
	Condición	El comerciante	
	Estereotipo	El criado pillo	
	Alegoría	La muerte	
	Arquetipo	El principio del placer	
	Actante	Búsqueda del beneficio	

(Pavis, 1996: 336)

En este esquema contenido en el diccionario de Teatro de Patrice Pavis, se observan los grados de realidad en la construcción de un personaje desde lo general como actante hasta el grado más cercano a una persona a través de la construcción de un Individuo. El ejemplo clásico de situar a Hamlet ocurre dada la fama del mismo individuo, con sus contradicciones y elementos que lo constituyen como una entidad casi humana, al dotar a esta creación de particularidades identitarias y sociales que lo presentan como a otro hombre (o mujer) extraído de la realidad histórica. En este caso, un paciente simulado también tiene niveles de complejidad en su estructura, donde:

Grados de realidad del paciente simulado

Particular ↑ General	Paciente simulado	Carlos Linares,	} ejemplos
	Paciente Híbrido	Maritza Jofré	
	Paciente estandarizado	dueña de casa de 50 años diabética	
	Paciente entrenado	No actor/no actriz Interpretando un paciente	
	Paciente modelo	actor/actriz interpretándose a sí mismo	

Fuente: elaboración propia.

En esta tabla propuesta, se observa la diferencia respecto a al grado de acercamiento al uso del intérprete desde sí mismo, utilizando su cuerpo y los valores reales de su materialidad hasta la construcción e interpretación de un paciente simulado como referencia al personaje como individuo revisado desde Pavis.

El paciente modelo es aquel donde un actor/ actriz utiliza su materialidad concreta (el cuerpo y la voz) para ser sometido a situaciones de simulación de habilidades técnicas no invasivas (Toma de presión, temperatura, peso, talla, toma de electrocardiograma, entre otros) En este nivel, el actor/actriz es utilizado como referente de cualquier otra persona para entrenar habilidades procedimentales sin daño al intérprete (no hay punciones, ni administración de medicamentos, por ejemplo).

El paciente entrenado es aquel donde personas no ligadas al mundo de la actuación toman un rol en simulaciones programadas, sin especificar su tiempo y oficio para interpretar al paciente. Por lo general, no existe caracterización en ellos, se interpretan a sí mismos, o cambian de nombre para la situación, pero con sus materialidades sin modificaciones.

El paciente estandarizado es aquel que toma algún signo o síntoma evidente para direccionar un diagnóstico clínico. Si bien posee una historia particular, su función es evidenciar elementos propios de diagnósticos asociados a valores de referencia (diabetes, hipertensión, hipoacusia, entre otros) Es más importante la detección de dichos valores que la interpretación y definición de un individuo particular.

El paciente híbrido modifica su materialidad con el aditamento de segmentos físicos externos para procedimientos invasivos, y que necesiten de procedimientos en tiempo real dentro de la simulación, como es el caso del uso de brazos para punciones e instalaciones de vías periféricas (tratamientos farmacológicos a través de vías venosas, por ejemplo) sin perjuicio del brazo real del intérprete. Maritza Jofré entra en esta categoría, ya que para su caracterización se utilizan prótesis mamarias y un vientre simulado con un bebé en su interior. Otros elementos de su caracterización como el cabello, lentes de contacto, son más bien cosméticos y aportan a su imagen total, aun cuando los cambios en el aspecto físico a través de dispositivos para simular mamas y gestación se pueden considerar elementos de la hibridez.

El paciente simulado es aquel que ya se ha descrito como un individuo total, el cual dado su nivel de verosimilitud se considera como una persona real, extraída de la sociedad sin distinción. Ahora bien, como se señala en capítulos anteriores, la simulación clínica está en proceso de investigación como práctica, y el marco conceptual o definición de cada elemento todavía es un territorio a investigar, dadas los múltiples enfoques para describir dicha práctica. En Chile, actualmente hay universidades que utilizan la técnica simulada, donde los lineamientos de lo que procede o no dentro de la ejecución aún está en discusión. No es el foco de esta investigación ahondar en estas diferencias, sino más bien aportar desde la observación y reflexión desde la práctica concreta los lugares de inserción y de análisis desde el teatro como facilitador pedagógico.

Haciendo una comparación entre Carlos y Maritza, es evidente que el grado de realismo será más acabado desde un cuerpo masculino interpretando a uno de iguales características, que un cuerpo transformado y adaptado para simular un cuerpo de características femeninas.

Si el cuerpo es el soporte material a esta práctica teatral, también es la base para poder crear el paciente que se necesite, si bien la materialidad del intérprete no alcance para cubrir con su volumen y cualidades necesarias para evocar una primera infancia, adolescencia o la joven adultez. Es entonces que mucho de la planificación de cada paciente simulado sea desde la verosimilitud esperada ajustando la imagen de este nuevo rol en una experiencia concreta. Mientras más cercanos a una apariencia real, mayor será el grado de efectividad de la propuesta estética que sustente el relato.

Cuerpo

1. ¿Organismo o marioneta?

En el abanico de los estilos interpretativos, el cuerpo del actor se sitúa entre la espontaneidad y el control absoluto, entre un cuerpo natural o espontáneo y un cuerpo *marioneta* enteramente encadenado y manipulado por su sujeto o procreador espiritual: el director de escena.

2. ¿Intermediario o materia?

La utilización teatral del cuerpo oscila entre las dos concepciones siguientes:

- a) O bien el cuerpo no es más que un *intermediario* y un soporte de la creación teatral, que se sitúa en otra parte: en el texto o la ficción representada. El cuerpo queda entonces totalmente subordinado a un sentido psicológico, intelectual o moral; queda borrado ante la verdad dramática y sólo juega un papel de mediador en la ceremonia teatral. La *gestualidad* de este cuerpo es típicamente ilustrativa y lo único que hace es redundar la palabra.

- b) O bien el cuerpo es una *materia* autorreferencial: no remite a nada que esté fuera de sí mismo, no es la expresión de una idea o de una psicología. El dualismo de la idea y de la expresión es sustituido por un monismo de la producción corporal: <<el actor no debe utilizar su organismo para ilustrar un movimiento del alma; debe ejecutar este movimiento con su organismo>> (GROTOWSKI, 1971, pág. 91). Los gestos son -o al menos así se presentan- creadores y originales. Algunos ejercicios del actor consisten en producir emociones a partir del dominio y de la utilización del cuerpo. (Pavis, 1996:107)

Es necesario abrir el debate de los recursos y métodos teatrales adscritos a la simulación, ya que dependerá de cada casa de estudios y sus docentes en cómo se valida el uso del cuerpo y su semiótica para incluir o descartar su presencia en simulación. Esta idea surge, ya que para esta investigación se describen casos con el uso del cuerpo en distintos sentidos, siempre recordando que el lugar de la práctica está más cercano a la influencia femenina dada la especificidad de la profesión de la Matronería, y el mismo lugar accede a dicha práctica como cuestionamiento y validación de la experiencia más allá del sesgo de la hetero norma y los resquicios de qué es un cuerpo real o válido para acceder a una simulación concreta y efectiva desde la interpretación.

Este punto en desarrollo no será ampliado en esta investigación, dado que remite a la visión de otras entidades educacionales, y no es el sentido original de este estudio, aun cuando pertenece a la línea de investigación posterior a este primer acercamiento académico de descripción de la práctica.

Volviendo a los cuestionamientos hacia el cuerpo y su función en simulación en el caso de Maritza, hay varias capas de resignificación del cuerpo que se transgreden bajo la mirada purista del uso del cuerpo y su percepción/condicionamiento social al construirla como paciente simulada:

- En primer lugar, el ejercicio evidente de transitar de un cuerpo y entidad masculina a un cuerpo femenino habitado por una mujer.
- En segundo lugar, el cambio de edad propuesto por el equipo docente, Maritza tiene actualmente 29 años, y su intérprete ya pasa de los 43 años.
- En tercer lugar, la interpretación de un rol gestante, lugar evidentemente ligado al cuerpo femenino y su función biológica.

Entonces ¿Qué es lo que se afecta cuando se habla de cuerpo en simulación? Si son los pacientes simulados entidades que habitan cuerpos materiales, es labor de cada actor/actriz buscar en la realidad los ajustes a cada ejercicio de aproximación a un relato integral desde su propia materialidad, características y alcances de la misma, más allá del juicio acabado de los roles de género y construcciones sociales y culturales en desmedro de una práctica.

La imagen del cuerpo

Según los psicólogos, la imagen del cuerpo -o esquema corporal- toma forma en la <<etapa del espejo>> (LACAN); es la representación mental de lo biológico, tanto en el escenario como fuera de él, necesita una representación mental de la imagen corporal. Más aún que el no-actor, el actor tiene la intuición inmediata del cuerpo, de la imagen emitida, de su relación con su entorno y, especialmente, con sus interlocutores escénicos, con el público y con el espacio. Al dominar la representación de sus gestos, el actor permite que el espectador perciba el personaje y la <<escena>>, se identifique fantasmagóricamente con él. Controla, así, la imagen del espectáculo y su impacto sobre el público, garantiza la identificación, la transferencia y la catarsis. (Pavis, 1996:108)

Otro indicio desde el aprendizaje de la práctica es validar el ejercicio docente de la Universidad de Santiago de Chile, ya que son ellas, en las asignaturas de ICCM y CCMQ quienes proponen el uso de pacientes diversos a través del cuerpo del actor/investigador. Si bien es concreta la falta de recursos para la contratación de un grupo de actrices y actores como equipo a disposición de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, e incluso transgredir la misma práctica de simulación con el uso del cuerpo material en oposición a las normas establecidas en otras instituciones respecto a la simulación, evidencia el uso del cuerpo de manera profesional y consciente de los efectos y alcances de todos quienes participan de la práctica, saltando la barrera del prejuicio de las identidades de género y el cuerpo material, para dar paso a la experiencia comunicativa y colaborativa con cada paciente recreado, sea cual fuere su género, orientación sexual y materialidad concreta. En el caso de Maritza, la caracterización e interpretación de la misma logra el objetivo primario de verosimilitud requerida, ya que las docentes y las y los estudiantes la perciben como una entidad realista, tanto en su versión virtual como presencial.

Esto no equivale a decir que existen tres dominios separados: por un lado un campo de cosas, de técnicas perfeccionadas, de trabajo y transformación de lo real; por otro lado uno de los signos, de la comunicación, de la reciprocidad, de la producción del significado; y finalmente un campo de la dominación, de los medios de sujeción, de la desigualdad y la acción de los hombres sobre otros hombres. Es más bien en todo caso, una cuestión de tres tipos de relacionamientos, los cuales de hecho, siempre se superponen uno sobre otro, se mantienen recíprocamente y se usan mutuamente como medios para un fin. La aplicación de capacidades objetivas en sus formas más elementales, implica relacionamientos de comunicación (tanto en forma de información previamente adquirida como de trabajo compartido), está también unida a las relaciones de poder (tanto si consisten en tareas obligatorias, de gestos impuestos por la tradición o el aprendizaje, como de subdivisiones y de una distribución más o menos obligatoria del trabajo). (Foucault, 1982:13)

Aquí otro elemento de validación de su uso, de la experiencia virtual con Maritza y los logros respecto a los objetivos de aprendizaje de la asignatura: se decide por el equipo docente de matronas su aplicación en la versión presencial del año 2022, dando un paso en la investigación de la práctica simulada desde la interpretación teatral. Se entiende de antemano que el encargo es la presencia de pacientes y no de personajes teatrales, y aun así validar el ejercicio desde la sistematización y minuciosidad de cada propuesta para, como se ha reiterado, seguir en función de los objetivos de aprendizaje y no ser una distracción por los cuestionamientos antes mencionados.

Caracterización

Técnica literaria o teatral utilizada para proporcionar informaciones sobre un personaje o una situación. La caracterización es una de las tareas esenciales del dramaturgo. Consiste en proporcionar al espectador los medios para ver y/o imaginar el universo dramático y, por lo tanto, para recrear un efecto de realidad organizado por la credibilidad y la verosimilitud del personaje y sus aventuras. Indirectamente, aclara las motivaciones y las acciones de los caracteres. Se extiende a lo largo de toda la obra, dado que los caracteres siempre evolucionan ligeramente. Es especialmente acentuada y fundamental en la exposición y establecimiento de las contradicciones y los conflictos. Sin embargo, nunca conocemos totalmente la motivación ni la caracterización de todos los personajes; por suerte, ya que el sentido de la obra es la resultante siempre incierta de estas caracterizaciones: corresponde al espectador sacar conclusiones y definir por su cuenta su propia visión de los caracteres (perspectiva) (Pavis, 1996: 63)

El análisis de la caracterización como concepto auxiliar de la teatralización e interpretación en la simulación, también es necesario articular el sistema de percepciones e ideas previas que anteceden a cada creación de un paciente simulado, ya que, al ser construcciones ficticias y desde su función aplicada al aprendizaje, su planificación se nutre

de las miradas diversas del equipo docente en comunicación y colaboración con el actor/investigador , ya que finalmente esta construcción remite a la idea de la presencia en el imaginario colectivo de cómo son y cómo se materializan las personas. Entonces ¿Qué se interpreta como actrices y actores al encarnar un paciente como entidad ficticia que pretende asirse a la realidad?

¿Simulo? ¿Qué? ¿Quién? ¿Mi madre, una mujer, la mujer de mi padre? ¿La mujer? O bien: la mujer ideal, la esencia, es decir, el modelo y la copia han entablado una relación de correspondencia imposible y nada es pensable mientras se pretenda que uno de los términos sea una imagen del otro: que lo mismo sea lo que no es. Para que todo signifique hay que aceptar que me habita no la dualidad, sino una intensidad de simulación que constituye su propio fin, fuera de lo que imita: ¿qué se simula? La simulación. (Sarduy, 1982:11)

La construcción bio-psico-social de Maritza está diseñada para poner el valor el buen trato y la capacidad de reacción y contención emocional frente a una gestante en una situación compleja dada la condición del parto descrita. El compromiso emocional para el intérprete es extenso y extenuante: cada jornada de simulación se ha establecido para esta asignatura en tres horas cronológicas, en un circuito de tres estaciones simultáneas en el formato presencial de esta experiencia, donde los y las estudiantes rotan por las tres estaciones activas, y una de ellas es donde se entrevista a Maritza.

“Vengo sola, mi abuelita está afuera, ella me apoya en todo. Ella va entrar a acompañarme. Estoy nerviosa, me asusta la operación, pero no quiero que la Francisca – así se va a llamar- sufra en el parto. Yo sé que mi guagiita está bien, pero que está de potito, podállica me dijeron; y que van a hacer lo mejor para que ella nazca bien. (...) Él no quiso saber de ella, quería que la abortara. Mi niña no tiene la culpa, y yo decido tenerla, él sabe que estamos acá, pero nos dejó. Tengo muchas ganas de tenerla ya en mis brazos, y poderle dar pecho y saber que ya estamos las tres bien.” (Maritza Jofré, 29 años)

La respuesta de las y los estudiantes hacia Maritza es diametralmente opuesta a la reacción frente a Carlos: Maritza es recibida con los brazos abiertos (en la experiencia presencial), las personas se mueven presurosas para ayudar a la paciente. El primer temor del actor/investigador es sentir que su trabajo no logra el punto de realidad y verosimilitud necesaria, nuevamente en ese equilibrio precario en el espacio de lo liminal para sostener esta ilusión desde el teatro en esta experiencia pedagógica.

Pero Maritza es consistente, las y los estudiantes entran en la situación recreada, y aparece el gran motor de esta sesión. El compromiso emocional en el ejercicio profesional, en esta práctica de doble entrada: Afecta tanto al intérprete como recurso vivo y humano al servicio de la situación, y afecta al grupo estudiantil desde su experiencia de formación profesional y sus experiencias previas en el ámbito personal. Muchas estudiantes se suman y afectan desde proceso emocional de la paciente y lloran. Aparecen en sus palabras y acciones la necesidad de ayudar, la empatía, compasión y la necesidad de ser útiles en relación a la paciente y su historicidad.

La mariposa convertida en hoja, el hombre convertido en mujer, pero también la anamorfosis y el trompe-l'oeil, no copian, no se definen y justifican a partir de las proporciones verdaderas, sino que producen, utilizando la posición del observador, incluyéndolo en la impostura, la verosimilitud del modelo, se incorporan, como en un acto de depredación, su apariencia, lo simulan. (Sarduy, 1982:19)

Al cierre de la sesión, aparece nuevamente el actor que la interpreta, como parte del *debriefing* (devoluciones y comentarios de la experiencia de la simulación) donde se comenta el respeto hacia la mujer en la interpretación, y los vínculos familiares de las y los estudiantes para con sus familias, las experiencias con sus madres y otras gestantes, el parto como experiencia vital y la precariedad de la existencia.

Dentro de los objetivos de aprendizaje, se esperaba el levantar la idea de la necesidad de conocer los protocolos de asistencia social integral tanto en este y otros casos, lo cual se logró a cabalidad en la sesión. Es importante mencionar que el ejercicio de la entrevista clínica en niveles primarios de instrucción, más allá de buscar un diagnóstico clínico certero y específico, busca visibilizar las implicaciones y campos de acción diversos dentro del ejercicio profesional de matrones y matronas, y diversificar la mirada profesional a las situaciones de lo cotidiano, donde su acción puede cambiar diametralmente la experiencia de un paciente respecto a su tránsito por un servicio de salud.

El poder del acompañamiento a las y los pacientes dentro de las situaciones clínicas, la humanización de la profesión y el valor humanizado del acto de tomar una mano. El bienestar y el compromiso personal al servicio de los otros. El sentido de pertenencia a una sociedad más colaborativa y comunitaria.

Pero también existen espacios en los cuales el ajuste de las habilidades, los recursos de comunicación y las relaciones de poder constituyen sistemas regulados y concertados. Tomemos como ejemplo una institución educativa, la disposición de su espacio, las regulaciones meticulosas que gobiernan su vida interna, las diferentes actividades que se organizan ahí, las diversas personas que viven o se encuentran, cada una con su función, su carácter bien definido -todas esas cosas constituyen un entramado de capacidad-comunicación-poder. La actividad que garantiza el aprendizaje y la adquisición de actitudes o tipos de comportamientos, es desarrollada allí por medio de series de comunicaciones reguladas (lecciones, preguntas y respuestas, órdenes, exhortaciones, signos codificados de obediencia, calificaciones diferenciales del "valor" de cada persona y los niveles de conocimiento y por medio de series completas de procesos de poder, encierro, vigilancia, recompensa y castigo, las jerarquías piramidales). (Foucault.1982:13-14)

En este ejercicio de simulación también se observa la capacidad de cruzar las fronteras de la misma práctica para explorar posibilidades de solución. ¿No es esa la piedra angular de la simulación? Buscar formas y medios para lograr los objetivos de aprendizaje con centro en los estudiantes, aplicando los recursos materiales e inmateriales al servicio de la experiencia y cuestionando las propias bases de la práctica simulada.

Cada escena simulada debiese asirse de la realidad, aun cuando todo lo que la constituye son elementos ficcionados. En este caso particular, el ejercicio desde Maritza no estaría validado en otras casas de estudio, y aún más, estaría en contra de la mirada de otros espacios donde se ejerce la práctica dada la transgresión del ejercicio. Con esto, no se pretende en esta investigación levantar alertas o buscar quién tiene la razón y la verdad dentro de una práctica, ya que, como se ha evidenciado, los objetivos de la simulación tributan a un bien superior: el aprendizaje desde la práctica para los estudiantes. Si ellas y ellos son capaces de entrar en el juego simulado -incluso aceptando que la figura de la paciente recreada está en el límite de lo real y lo ficcionado- también permite abrir una posibilidad de análisis sin la acción punitiva y castradora de lo que se espera de la misma práctica, dada la experiencia y los resultados obtenidos después de su aplicación, siempre en observación del equipo docente que facilita la actividad.

El caso de Luis Paredes, su accidente cerebro vascular (ACV) y el uso de pacientes híbridos.

El caso de Luis Paredes pertenece al ciclo de simulaciones de tercer año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Santiago de Chile (Usach) que se realizó en diciembre de 2021 en dependencias del campus central de la casa de estudios. Este caso de simulación también resume diversas experiencias del actor/investigador respecto al trabajo con fantasmas, segmentos corporales y la interpretación de un paciente híbrido.

Luis Paredes es un hombre de 40 años, que accede a los servicios de urgencia por presentar signos y síntomas de un Accidente Cerebro Vascular (ACV) con parálisis de su hemisferio derecho desde la cabeza a los pies y requerimientos técnicos asociados a dicho diagnóstico. La parálisis compromete el rostro, con dificultades del habla y evidente conmoción del paciente.

Luis está en una sala de urgencias, y el equipo de estudiantes debe aplicar técnicas de contención y farmacología por vía venosa según la prescripción del médico urgenciólogo. En simulación clínica no está permitido puncionar el cuerpo de un intérprete y se debe ocupar un segmento físico adosado al cuerpo del actor para simular este procedimiento, un sustituto prostético. En este caso, se utiliza un brazo de simulación con sistema de irrigación y venas que permiten el procedimiento de punción e instalación de una vía venosa periférica para la administración del medicamento requerido según la dosis a calcular dentro del ejercicio.

Una suplantación de lo real por los signos de lo real, es decir, de una operación de disuasión de todo proceso real por su doble operativo, máquina de índole reproductiva, programática, impecable, que ofrece todos los signos de lo real y, en cortocircuito, todas sus peripecias. (Baudrillard,1977:7)

La hibridación como concepto funcional y mediador entre dos planos de verdad: por una parte, un cuerpo vivo como cuerpo material concreto y otro cuerpo inerte con funciones que reemplazan a las del organismo vivo operativamente en este ejercicio. En este sentido, se modifica el cuerpo primario con segmentos que reemplazan a la parte del cuerpo en ausencia, siendo su doble y a la vez la evidencia del artificio. De esta ausencia se depende su nominación: los fantasmas, los fantasmas. Estos segmentos integrados son prótesis, y en

este juego simulado cobran sentido como parte constitutiva del cuerpo en sí mismo y no como un elemento externo. Se observa la liminalidad en esta técnica que fusiona el cuerpo actante con las piezas o partes funcionales externas, donde en este juego compromete la inmersión de todos los participantes para acceder a esta verdad recreada. El juego y los elementos del imaginario colectivo de los cuerpos humanos modificados a través de la ciencia, la biomecánica y la ciencia ficción, como *el hombre y la mujer biónicos* propuestos por las series de televisión de los años '70 y '80 del siglo XX.¹⁰

Más allá del trabajo con segmentos como elementos inertes y su relación con la caracterización del cuerpo en términos teatrales, aquí aparece el elemento funcional del mismo segmento como lugar de estudio; ya que el elemento material aporta a la simulación como un mediador de la experiencia, integrado como parte del cuerpo del paciente simulado (en este caso híbrido) y no como un segmento de un cuerpo no identificado. Se cambia su estatus perceptivo de un elemento sin vida -una prótesis- a una parte constitutiva de un ser humano y por ende a su identificación como elemento vivo en su conjunto

Es pertinente identificar el proceso teatral y mágico de la *verdad escénica*, ya que la influencia del “creer para ver” (frase utilizada en los escenarios de simulación para promover la inmersión de las personas al juego propuesto en estos espacios) posibilita a la imaginación y dar vida a elementos y cuerpos inanimados por un instante, en comunión de todos los participantes. Este aspecto evoca a la infancia y los juegos proyectivos de niñas y niños y la habilidad de vitalizar cualquier elemento inerte, siendo un aspecto de las experiencias previas comunes a las personas al servicio de la escena simulada en el presente.

La serie de televisión *The Six Million Dollar Man* (1974) de Universal Pictures Televisión. Toma la idea del trabajo con el cuerpo humano modificado con partes restituidas y mejoradas. Reseña de la serie: Durante un vuelo experimental, Steve Austin, piloto de pruebas y astronauta, sufrió un terrible accidente que le hizo perder las dos piernas, un brazo y la visión del ojo derecho. Su amigo el doctor Rudy Wells trabajaba entonces en un proyecto secreto llamado Biónica (mezcla de Biología y electrónica), gracias al cual los miembros amputados fueron sustituidos por partes biónicas que le dieron a Steve una fuerza y una velocidad enormes además de una visión envidiable. Para compensar a sus benefactores, Steve se hace agente especializado en el cumplimiento de peligrosas misiones. La serie fue conocida en América del Sur como "El Hombre Nuclear". (FILMAFFINITY) <https://www.filmaffinity.com/cl/film888633.html>

La simulación clínica se abre al trabajo con elementos que evocan lo vivo, y con la capacidad de dichos cuerpos de ser percibidos como un individuo humano más. Este espacio vincula la habilidad inconsciente del humano de modificar su realidad a través de su imaginación -elemento vital para la inmersión en este mundo paralelo a lo cotidiano y que cruza la comprensión- que se basa en el juego y los recursos de la infancia para crear tantas capas de realidad como sean necesarias. Este uso de la imaginación y creatividad en el trabajo muchas veces está ligado a las personas del mundo del arte y la cultura, como rasgos exclusivos del mundo del arte, siendo estas herramientas de la humanidad.

Denomino como división de lo sensible ese sistema de evidencias sensibles que pone al descubierto al mismo tiempo la existencia de un común y las delimitaciones que definen sus lugares y partes respectivas. Por lo tanto, una división de lo sensible fija al mismo tiempo un común repartido y unas partes exclusivas. Este reparto de partes y lugares se basa en una división de los espacios, los tiempos y las formas de actividad que determina la manera misma en que un común se presta a participación y unos y otros participan en esa división. (Ranciere, 1940:2)

Hablar del uso de fantasmas permite observar el cambio en la medicina tradicional respecto al uso del cuerpo como material de experimentación y práctica profesional, el cual era sometido a diversas pruebas para el tratamiento de enfermedades.

Desde hace casi cien años, el trabajo directo o la experimentación con humanos está fuera de los acuerdos internacionales de 1946, aun cuando se sigue llevando a estudiantes en sus últimos años de formación a los “campos clínicos” en calidad de practicantes a los servicios hospitalarios que adhieren a esta metodología; donde los pacientes reales pasan a ser parte de sus sujetos de estudio. Cada paciente puede consentir o no el ser parte de la formación de aquellos estudiantes, ya que se pone en juego su seguridad, privacidad y descanso dentro de su paso por el centro hospitalario, además de la percepción generalizada de ser un “conejiillo de indias” sin querer serlo.

El trabajo con fantasmas reduce la exposición tanto de usuarias y usuarios de la salud y estudiantes a situaciones desagradables o riesgosas, minimizando la necesidad de trabajar directamente con una persona en situación de paciente, y reduciendo los insumos y costos a través de los segmentos y fantasmas.

Estos muñecos aportan un acercamiento a la realidad, pero también hacen evidente su ausencia vital. Hay fantomas que dentro de sus funciones programables acceden a valores medibles como latidos, movimiento torácico, pulso y temperatura, con comandos de voz y respuestas verbales.

El trabajo actoral también es modificado, ya que el uso de estos segmentos, como extensiones del mismo cuerpo, pone al intérprete en una relación extracotidiana de su propiocepción. La capacidad de transformación desde la caracterización, y la relación del trabajo actoral con materiales diversos dentro de la interpretación de un paciente simulado (o desde la hibridez como en este caso) como campo de investigación.

La interacción directa del actor/investigador con fantomas que son vinculados como hijos del interprete (en procesos de neonatología, por ejemplo) y también interactuar con fantomas de escala humana adulta, para emular una pareja y una situación que por las limitaciones de la escena no puede realizarse entre dos intérpretes humanos.

Desde la historia de Luis y su situación en urgencias, es pertinente ampliar la mirada respecto de las transformaciones y alcances del mismo ejercicio de la simulación clínica transitando la hibridez, tanto para la técnica clínica necesaria a recrear y las dificultades en escenarios de simulación complejos, como el cambio en la propiocepción y vinculación con el medio desde el trabajo con elementos inertes; y desde la actuación dotarles de vida desde la transferencia, proyección y contacto como a una persona, otro intérprete o un compañero de escena inanimado, pero con la capacidad de ser integrado a la simulación como un elemento vivo. Todos estos elementos de significación en tiempo real y simultáneo.

El trabajo de interpretación entonces exige integrar cada elemento de la simulación como un dispositivo verdadero, y la interacción con el mismo sucede desde la verosimilitud requerida para dicho evento. ¿Cómo pedirle a un no actor o no actriz comprometerse emotiva y psicológicamente con un segmento adosado al propio cuerpo? ¿Cómo conectarse desde la verdad escénica con fantomas y hacerlos parte de la propia historia a través del relato?

Son cuestionamientos que rondan este sistema de trabajo y validan la inserción laboral a este tipo de prácticas desde el estudio y profesionalismo del trabajo de la interpretación actoral, ya que se adiestra desde la convención de la verdad como premisa y motor del ejercicio, donde se generan espacios de verosimilitud desde lo liminal en todos los sentidos de las interacciones en la escena, ya que los demás participantes observan y trabajan directamente con los mismos materiales y dispositivos, y por defecto, serán capaces de sumar capas de verdad al ejercicio en tanto interactúan con los intérpretes y las y los fantasmas dentro de cada simulación.

Se retoma la historia de Luis y las acciones que se desencadenaron en este ejercicio simulado. El grupo de estudiantes se divide según las necesidades del escenario, un par de ellos se encarga de la contención del paciente y la verificación de signos vitales proyectados en un monitor en tiempo real. Este dispositivo es controlado externamente por el equipo docente, ya que los parámetros reflejados indican la celeridad del procedimiento y los cambios en los signos vitales del paciente según la acción directa de las y los estudiantes. Otro dúo prepara la punción e instalación de la vía venosa periférica sobre el brazo implantado, y un último dúo se encarga del cálculo y preparación del fármaco a perfundir según los lineamientos del procedimiento.

En este proceso, el paciente en cuestión está alterado, nervioso, tratando inútilmente de comunicarse verbalmente y evidentemente afectado emocionalmente. Trata de asirse de la mano de quien está en el rol de contención, y son evidentes los temblores en las manos de la estudiante y su conmoción empática frente a la situación. Las peticiones de ayuda por parte del paciente en pobres expresiones verbales, casi sin sentido, generan mayor tensión en el ambiente y las y los estudiantes reaccionan a dichos estímulos desde la verbalización de cada uno desde sus puestos y la logística del mismo procedimiento. Los minutos pasan y todo es vertiginoso dentro del escenario.

El uso de partes físicas adheridas al cuerpo también genera nuevos cruces de sentido, ya que la simulación recrea un paciente con un cuerpo material vivo y un segmento inerte (y además en situación de inmovilidad por la parálisis antes mencionada) que ayuda a la interpretación en esta situación límite. El uso de segmentos físicos también condiciona la interacción con las y los estudiantes, quienes presurosos habilitan la vía venosa y la

administración del fármaco, pero dentro del proceso de contención del paciente ocurre lo complejo dada la verosimilitud de la inmersión alcanzada por la escena dada la influencia de todos quienes participan en ella: una estudiante en el rol de contención se afecta hasta las lágrimas en la escena, modificando el accionar de sus pares y elevando el nerviosismo del escenario. Ella no abandona su rol, pero esta evidentemente afectada por la escena, y su afectación tiñe el ambiente de una capa más densa dentro del ejercicio.

Claramente, la afectación emocional como profesional está cuestionada en tanto distorsione su desempeño profesional, si bien se encuentran en una instancia pedagógica, y que las y los estudiantes no han tenido el desarrollo de dichas habilidades de autocuidado e higiene emocional frente a situaciones complejas, muy propias del ejercicio profesional y que pertenece a sus habilidades no técnicas, aquellas que apelan más a la persona y su constitución psicológica y resguardo emocional en términos generales, ya que cualquier procedimiento es factible de ser interferido por el marco emocional tanto de pacientes como los mismos profesionales.

la simulación vuelve a cuestionar la diferencia de lo «verdadero» y de lo «falso», de lo «real» y de lo «imaginario». El que simula, ¿está o no está enfermo contando con que ostenta «verdaderos» síntomas? Objetivamente, no se le puede tratar ni como enfermo ni como no-enfermo. La psicología y la medicina se detienen ahí, frente a una verdad de la enfermedad inencontrable en lo sucesivo. (Baudrillard, 1977:8)

El caso de Luis, es un ejercicio material distinto de Carlos y muy cercano a Maritza, dada su construcción desde la materialidad y los elementos que constituyen el artificio total. Aquí el elemento perturbador para el intérprete, percibir un brazo como propio y a su vez observarlo desde su inercia. Para un actor/actriz es una situación límite por demás realista y agobiante, donde el cruce de lo real y lo imaginario lo sitúa nuevamente en esta liminalidad antes mencionada. La sensación es real y el terror también. Los sonidos de la sala de urgencias, el movimiento de las personas y la parálisis por el ACV generan una situación aterradora, y lo mismo influye en las y los estudiantes en la inmersión dentro de la escena.

¿Qué puede hacer la medicina con lo que fluctúa en los límites de la enfermedad o de la salud, con la reproducción de la enfermedad en el seno de un discurso que ya no es verdadero ni falso? ¿Qué puede hacer el psicoanálisis con la repetición del discurso del inconsciente dentro de un discurso de simulación que jamás podrá ser desenmascarado al haber dejado de ser falso? (Baudrillard, 1977:10)

Cabe cuestionarse entonces si las y los intérpretes de simulación padecen desde lo real, lo liminal o lo ficticio, ya que la experiencia es completa y sobrecogedora. Sin querer banalizar el relato, tampoco es prudente hablar desde la hipocondría o un acceso esquizofrénico gatillado por la práctica, pero ocurre.

La conmoción en la experiencia del intérprete accede a todos los lugares físicos y sensoriales en la escena, los niveles de percepción obligando al cuerpo a la quietud e inercia desde la parálisis y a su vez tratar de dinamizar el otro hemisferio en su lucha por conseguir alivio. El ejercicio es agotador dadas las múltiples capas de atención simultáneas: El control del cuerpo, en atención al segmento adosado y en situación de trabajo al ser puncionado (Es correcto mencionar que hubo un ajuste en el procedimiento técnico, ya que las punciones e instalación de vías venosas periféricas se realizan en pacientes con ACV en su extremidad no comprometida, en este escenario se utilizó el segmento para la punción por lo mencionado sobre la seguridad de los intérpretes). La atención constante respecto al dúo de estudiantes en contacto directo con el paciente y mantener la comunicación y expresión de la afectación emocional en todo el ejercicio.

La experiencia del cuerpo modificado también es un lugar de experimentación, como cambios de género, volumen y características identitarias. Así el actor o actriz se identifica con la otredad desde sí mismo, en el ritual de dejar de ser para encarnar otra esencia. Si bien intérprete y personaje/paciente comparten un cuerpo, la utilización del mismo como soporte es una experiencia ritualista y en un punto, de propiocepción combinada por el habitar el cuerpo desde el propio ser y las múltiples encarnaciones a través de personajes y pacientes simulados y las múltiples versiones del uso del mismo soporte material.

Desde el de cuerpo y su materialidad, en estos ejercicios de hibridez se proponen otros lugares de investigación al actor/investigador frente al cuerpo como elemento discursivo fuera del teatro convencional, dada la alta especificidad y detalle frente al cuerpo material y las implicancias de su uso en los espacios de simulación señalados.

Todo sucede demasiado rápido. La escena se finaliza cuando los signos vitales del paciente se reestablecen a valores razonables dentro del ejercicio y el docente a cargo ingresa al escenario para el proceso de cierre de la experiencia. Cabe mencionar que esta escena de simulación se “rodó” (se realizó) con dos grupos de estudiantes en esa jornada, dada la

cantidad de elementos que debían considerarse en la etapa de debriefing de la actividad, que contenía mayor información de lectura de la experiencia. En ambos grupos el factor emocional condicionó el ambiente de trabajo y fue uno de los temas a desarrollar en la etapa de reflexión y cierre del ejercicio.

Lo primero y en algún modo preocupante para el intérprete fue verificar el estado emocional de la estudiante que se afectó en la primera escena, ya que no es la intención primaria de un escenario de simulación que las y los estudiantes padezcan un ejercicio desde el sufrimiento, la idea es entregar herramientas que apoyen su formación, y no una tortura enmascarada de práctica para aterrorizar a las nuevas generaciones de profesionales de la salud.

El docente enfermero a cargo de la actividad pide un momento de reflexión mientras se lleva a la estudiante en cuestión fuera de la sala para descifrar correctamente y de modo privado qué elemento de la escena fue que gatilló en ella su malestar. Al volver ambos a la sala/escenario, es ella quien comenta al grupo la situación. Por su historia personal, lamentablemente había pasado por la situación de presenciar un ACV a un familiar y recrear la escena despertó en ella las imágenes de dicho evento, por demás significativo en ella. Teniendo esa información presente, el docente a cargo levanta la necesidad del autocuidado y las acciones de higiene emocional dada la labor profesional a la que se están adhiriendo desde su formación. También se pone en evidencia la necesidad de manejar prácticas de contención emocional a los pacientes en situaciones de crisis, como elemento gravitante en el buen desarrollo de los procedimientos médicos y sus efectos en el paciente. El trabajo coordinado y colaborativo entre las y los integrantes del equipo de profesionales, presentando las implicancias de las acciones tardías o descoordinadas y como afectan el panorama y resolución del caso elaborado, las acciones conjuntas y las necesidades de verificación y verbalización de cada integrante del equipo tanto de sus funciones como de los lugares de avance de sus demás pares, como acción simultánea y atenta a cada paso dado.

El grupo agradece la experiencia y los aciertos de ellos mismos y sus oportunidades de mejora, evidencian su nerviosismo y las ganas de seguir participando en escenarios de simulación con niveles de complejidad similares, ya que lo perciben como una buena forma de acceder a la práctica desde la supervisión docente y de sus pares, con la oportunidad de observar sus progresos y necesidades de manera crítica y objetiva.

Cuando termina la ronda de comentarios de las y los estudiantes, es el tiempo del actor para entregar sus apreciaciones tanto como paciente, así como desde su labor docente dentro del ejercicio. Agradecer el compromiso y la entrega de los equipos, además de corroborar el estado actual de la estudiante afectada y confirmar su calma después de lo sucedido.

Los estudiantes abandonan el espacio para quedar solos con el equipo docente y personal técnico asistente a la simulación, para desmontar el escenario y evaluar su desarrollo dentro de los objetivos de la asignatura. Una de las preguntas del enfermero docente que hasta hoy persisten en la memoria del actor/investigador fue un “¿Estás bien? ¿De verdad estás bien?” haciendo alusión a todo el trabajo desplegado y el evidente esfuerzo dentro de la interpretación. Y ahí caer en razón de la labor como actor o actriz de simulación en toda su extensión. Labor por demás gratificante desde la validación de la práctica por parte de las y los docentes con quienes se trabaja, y que proponen más espacios para diversificar actividades de simulación como espacios de aprendizaje colaborativo.

Lo liminal a los conceptos de hibridación (Bhabha, Canclini), contaminación, fronterizo (Lotman y Bajtín), excentris (Linda Hutcheon), apuntando hacia esa zona transdisciplinar donde se cruzan el teatro, el arte performance, las artes visuales y formas de activismo; aproximando lo liminal a lo exiliar, lo desterritorializado, lo mutable y transitorio, lo procesual e inconcluso, lo presentacional más que lo representacional, sin implicar la negación categórica de la dimensión representacional. (Diéguez, 2014:24)

Es clave identificar los puntos de crisis dentro de este y otros ejercicios, señalando que no todas las escenas de simulación alcanzan estos niveles de afectación en el grupo de personas que participan de él, siendo uno de los motivos por el cual se integra en este grupo de relatos que evidencian la práctica.

En este caso, el cruce de diversas lecturas entrega una visión más amplia respecto a cómo actores y actrices son enfrentados a situaciones límite dentro del ejercicio profesional, donde si bien no está en juego la seguridad personal, los mismos lineamientos del ejercicio

les sitúan en espacios de alto impacto tanto en lo físico como en lo emocional, y donde se evidencia la necesidad de trabajar con personas formadas desde el ámbito profesional para acceder a la interpretación de roles diversos y extenuantes, que si bien son de un gasto energético observable, también validan la práctica desde actores y actrices como resguardo de otras personas con igual vocación de servicio, pero sin herramientas de higiene emocional o conciencia corporal concretas para su propio resguardo. Esto no impide el ingreso de actores a los procesos de simulación, es más bien una voz de alerta en situaciones que pudieren volverse complejas sin la debida supervisión y en desmedro de la salud física y mental de quienes acceden a la labor de simular clínicamente.

La simulación como ejercicio abierto a la inclusión de actrices y actores, pero también de personas que acceden a trabajos de dicha índole, abre un espacio de análisis y reflexión del cómo nutrir una práctica resguardando a todos quienes participan de ella. Si bien los pacientes estandarizados cumplen funciones básicas o no complejas, ese es un límite subjetivo que puede ser modificado por quienes aplican el ejercicio, siendo entonces un espacio para la observación, discusión y reflexión concreta.

La condición liminal que habita en una parte de estas teatralidades actuales, en las cuales se cruzan no solo otras formas artísticas, sino también diferentes arquitecturas escénicas, concepciones teatrales, miradas filosóficas, posicionamientos éticos y políticos, universos vitales, circunstancias sociales. (Diéguez, 2014:23)

Esta condición liminal del teatro permite su inclusión en diversos espacios de trabajo, y el acceso a toda persona que quiera sumarse a dicha práctica dada su plasticidad funcional al servicio de procesos pedagógicos y sociales, evidenciando un lugar de aplicación más amplio que solo la entretención y el divertimento ligado al mundo del teatro desde su raíz cultural ligada al espectáculo; para convertirse en un elemento transformador, siendo un aporte al crecimiento de otros lugares de habla y expansión de dichas otras prácticas.

Así como se abren espacios para la integración de personas externas al mundo científico y médico a su lugar de conocimiento a través de la simulación, también la simulación se abre espacios en la pedagogía de diversas ramas del conocimiento: como en el derecho, química y farmacia, la psicología, entre otros; y se abre el espacio para la investigación dentro de la misma práctica para levantar nuevos indicios y reflexiones como elemento transformador incluso de la misma práctica, desde cada una de las personas involucradas en su diseño y ejecución.

Conclusiones

Cerrar un proceso de investigación escritural siempre conlleva ajustar las ideas para expresar los últimos pensamientos y reflexiones frente a el objeto de estudio. En este particular, ese objeto y cometido ha variado respecto al primer acercamiento tanto a los temas de la simulación clínica como el teatro aplicado en sí.

Desconocer los giros y cuestionamientos sobre la pertinencia y coherencia de los hallazgos es parte de este viaje -inconcluso y en proceso- con todas las posibilidades de seguir profundizando en todos los acuerdos y sistemas de interacción devenidos de esta práctica en docencia de la salud y cómo este lugar del teatro aplicado genera nuevos elementos discursivos para el teatro y su liminalidad en la sociedad.

A las preguntas de Boal -que el actor/investigador toma como propias- respecto al teatro y sus metodologías de inserción en la vida cotidiana y su capacidad de interactuar y generar representaciones de la vida misma es una acción que pertenece a la humanidad en tanto sean individuos y parte de la comunidad y sociedad a la que corresponden. El teatro – y la teatralidad por extensión- ocurre y se transita por sí mismo en la sociedad sin necesariamente invocar la espectacularidad para percibir su presencia total.

El teatro emerge y se canaliza a través de las fisuras de paradigmas que parecen inmóviles y perennes. Tal es el caso de las ciencias médicas y la pedagogía, lugares de habla que por años se han percibido en la sociedad como lugares estáticos y de poca evolución tanto en sus métodos como prácticas, como símbolos de una institucionalidad cimentada en el prestigio de los años, pero sin grandes cambios a través de los siglos.

Pero la simulación clínica (y los sistemas de pedagogía basados en la simulación) rompen con el esquema y la verticalidad en la enseñanza: se observa un cambio estructural del pensamiento frente a la formación y el aprendizaje de las personas desarrollando metodologías con y desde ellas, ya que si bien las aulas médicas continúan con el modelo de docencia verticalizado y expositivo en muchas de sus áreas, la simulación clínica permite acortar brechas entre la teoría y la práctica desde niveles primarios de los nuevos profesionales en formación.

El auto aprendizaje como lugar de integración de contenidos desde la confianza y el respeto al trabajo autónomo, más allá del paternalismo y el aprendizaje clásico de la instrucción académica permite abrir campos de conocimiento desde las personas como eje relacional, reforzando la necesidad del aprendizaje desde los objetivos de la construcción del rol profesional como un cúmulo de habilidades que deben ser puestas en práctica con toda propiedad para certificar la idoneidad de la persona frente a las exigencias del rol profesional que se está construyendo.

Y en este punto, todos pueden acceder a los recursos de la teatralidad para insertarse en la práctica y reflexión de dichos objetivos propuestos por la docencia en salud -en tiempo presente y significativo- para generar conocimiento desde el trabajo colaborativo y acreditado por quienes pertenecen y son parte de la institucionalidad, así como parte de la comunidad médica y docente que valida dichos conocimientos esperados.

En esta capacidad de llevar la teatralidad a espacios no convencionales para la interpretación, están las y los estudiantes y la posibilidad concreta de ser protagonistas de su aprendizaje, fomentando el crecimiento por apropiación y participación de las prácticas propias de su labor profesional no desde la concepción el futuro, sino más bien desde el presente concreto y activo frente a los elementos que constituyen parte de su objetivo, su propia vida profesional en un tiempo cercano y latente.

Este cambio de mirada hacia lo procedimental frente a las personas y su aprendizaje fomenta y evidencia en qué lugar se posiciona el individuo frente a cada uno de los encargos propuestos por la instrucción en salud. Las y los estudiantes son capaces de identificar en sí mismos sus saberes y contenidos integrados, y cuáles de estas habilidades no han sido desarrolladas para trabajar en ellas. De esa reflexión tanto grupal como íntima y personal se pretende modificar a las personas en su propia formación y a quienes no han integrado los conocimientos esperados según su grado de avance académico.

En este protagonismo desde la práctica, las y los estudiantes están frente a recursos de experimentación que hace unos años atrás no estaban disponibles -y menos validados- por la comunidad médica y científica para alcanzar sus objetivos de aprendizaje, el paso de validar experiencias mediadas desde el arte es por demás un avance en la colaboración en docencia.

Si las ciencias médicas y la pedagogía que las facilita a las nuevas generaciones de profesionales de la salud son capaces de modificar sus acciones formativas para la obtención de sus objetivos, son aquellos recursos los que también son susceptibles de observación crítica y mejora continua.

Es por ello que la simulación clínica como campo de estudio desde las artes convoca a abrir la mirada de los artistas escénicos frente al cómo se vincula el trabajo cultural y artístico con la comunidad y cómo se aporta desde el lugar de habla frente a la misma sociedad como entes colaborativos hacia el tejido social desde prácticas mixtas como la simulación.

La teatralidad habita entonces en espacios que la requieren dada su plasticidad y capacidad de llevar aspectos de la vida cotidiana a través de la representación al servicio de la experiencia. Hacer presente lo humano desde lo ficcionado como recurso dispuesto a la observación y reflexión de todos los involucrados, ver la vida y cuidar de ella a través de las acciones de la teatralidad al servicio más allá de las personas presentes, la teatralidad al servicio del cuidado de las personas del futuro de aquellos estudiantes.

Así el teatro aplicado se vuelve una herramienta política en tanto accede y levanta los temas propios de la vida cotidiana para ser evidenciados por cada paciente simulado interpretado, motivando la empatía hacia la otredad y las necesidades de reforzar contenidos y aprendizajes que pueden cambiar la experiencia vital de los pacientes futuros en situaciones de interacción clínica.

La teatralidad liminal como elemento mediador entre las experiencias vitales de la comunidad universitaria, y su campo de acción hacia la sociedad como elemento integrador, ya no como entes aparte y a la espera de la titulación de grado académico para vincularse con el medio.

Propiciar el encuentro de las personas desde sus roles y funciones sociales con miras a la humanización de los espacios de la salud, como lugares de acogida y respeto hacia y por las personas que los habitan y transitan por ellos.

Las brechas de la educación formal en Chile presentan desafíos a la sociedad en su conjunto, tanto para las generaciones actuales en formación como para las futuras generaciones de profesionales como agentes de cambio concreto. Y si de cambios se trata, observar e identificar qué elementos del arte y la cultura permean otras capas del tejido social como elementos a desarrollar en pos de una mejor calidad de vida y el fortalecimiento de una sociedad más justa, equitativa e inclusiva de las personas y su marco cultural que las precede.

Si los artistas son capaces de reconocer sus propias brechas y carencias devenidas de su construcción socio-cultural, es prioritario evidenciar aquellos lugares donde la práctica y el ejercicio profesional del teatro aplicado modifica la realidad socio cultural de quienes acceden a sus recursos metodológicos, siendo parte del cambio social más allá de los escenarios, siendo parte de la comunidad como agentes culturales activos.

Hablar de estudiantes que se interpretan a sí mismos como ecos a su imagen del futuro como espectadores del Teatro del Oprimido -como intérpretes más allá del teatro- siendo partícipes y generadores de su formación en tiempo real a través del teatro aplicado en el formato de la simulación clínica. Trabajar con herramientas del teatro aplicado en espacios y escenarios que evocan lo cotidiano del ejercicio de los espacios de salud, y aun así pensar que están lejos del teatro, que están más cerca de la vida a través de cada ejercicio simulado.

Todos quienes participan de la simulación clínica a través de la experiencia con pacientes simulados pueden hablar de interpretación teatral, ya que cada uno participa del convivio representacional basal para que exista la teatralidad, al tomar un rol en la escena como ejecutante u observador, y ser parte del acto teatral en toda su extensión. Hacer teatro para practicar la vida. Hacer teatro para mejorar sus propias vidas.

Es entonces el Teatro del Oprimido, su poética y estética medios válidos para describir esta práctica liminal y poder enraizar este lugar de aplicación como espacio compartido del teatro con los otros lugares del habla que pertenecen a esta área de formación, como llave discursiva para acceder a la comprensión de dicho encuentro entre arte, pedagogía y las ciencias de la salud.

En el ejercicio de la simulación clínica, la misma teatralidad inmersiva dota a cada participante el rol protagónico de la acción, no hay sustitutos e intermediarios para su experiencia. Es él quien asume su rol y las soluciones que puede accionar desde su práctica concreta, él es el artífice de su experiencia y el dueño de sus acciones como prueba de sus habilidades y las repercusiones de las mismas.

Si las y los estudiantes son capaces de modificar su presente, serán capaces de modificar su futuro a través de sus acciones concretas frente a su propio aprendizaje y construcción como individuo en formación. Toda persona tiene derecho a buscar la verdad o la mejor opción frente a cada acción que se le propone, donde la libertad (dentro de un espacio resguardado) permite a cada individuo probar su versión de los hechos, y desde la misma experiencia generar conocimiento colaborativo.

En este espacio simulado, emergen los acuerdos entre todos las y los involucrados, generándose un nuevo espacio extracotidiano, susceptible de ser analizado por cada uno de los saberes convocados, y es esta investigación un lugar de evidencia frente las artes y su práctica en espacios sociales y educativos no convencionales.

Es entonces cada escena simulada una matriz de observación desde varias capas de sentido: los objetivos del encargo académico de la sesión, los sistemas relacionales de la interacción entre personas, las repercusiones de las acciones del personal de la salud en la vida de los individuos, y la capacidad de levantar necesidades formativas que no emergen en las aulas convencionales por su característica pasiva desde los estudiantes para la integración de contenidos.

Observa la vida a través de escenas concretas, donde lo particular evoca a otras escenas de la vida profesional tanto del personal de la salud como de las personas en situación de pacientes, donde la multiplicidad de factores que convergen en la percepción de la medicina y la salud a nivel global permiten una diversidad de cruces y rasgos culturales que definen y modifican a cada comunidad.

La diversidad como eje central de la experiencia humana, como lugar de validación del individuo en su unicidad y particularidad identitaria. A través de la observación de las y los individuos, somos capaces de observar la propia realidad y modificarla.

La simulación clínica entonces, como ejercicio de visibilización de la sociedad a través de sus individuos, permite identificar como la misma colectividad se construye desde identidades y códigos culturales diversos, y que las lecturas e interpretaciones de cada realidad es más compleja que solo la observación de una primera capa de sentido. Las personas son un cúmulo de experiencias y códigos proyectivos (en la proyección de la imagen corporal, verbal y no verbal, entre otros) que necesitan de la observación y análisis en propiedad, evidenciando la necesidad de formar profesionales de la salud con sentido hacia la humanización y consciencia de la otredad. A través de un individuo, es posible observar a la sociedad en su conjunto desde su representatividad, como participe de ella.

«Espectador», ¡qué mala palabra! El espectador es menos que un hombre y hay que humanizarlo y restituirle su capacidad de acción en toda su plenitud. Él debe ser también un sujeto, un actor, en igualdad de condiciones con los actores, que deben ser también espectadores. (Boal, 2018:67)

La teatralidad entonces como un mediador de la realidad para ser analizada y mejorada en su accionar desde sus bases, como herramienta transformadora de la experiencia vital de todas las personas en los campos de la salud, tanto para las personas desde su lugar profesional como para aquellas que transitan estos espacios como personas en situación de pacientes.

El arte teatral evidenciado como una forma de conocimiento particular e identitario, donde los elementos del ejercicio profesional permiten observar la realidad haciéndola comprensible a aquellos que invisibilizan (por variados motivos) aspectos propios del individuo. La necesidad de agudizar los sentidos frente a la información e indicios que proyecta cada persona, como elementos que generan puentes comunicativos y la posibilidad de mediar cada experiencia en salud desde la interacción colaborativa.

El arte teatral habitado desde el cuerpo y la experiencia, siendo actriz, actor o intérprete de la situación simulada. El teatro se hace presente sin necesitar de escenarios o paredes que lo delimiten. El teatro habita en el acto relacional y experiencial de todos quienes participan de la simulación clínica como elemento discursivo.

Así, la ritualización del momento teatral de la simulación permite evidenciar y poner en valor elementos del tejido social que al pertenecer al mundo de lo cotidiano pasan desapercibidos, y fuera del foco de la observación profesional como elemento constitutivo del quehacer laboral, siempre a la espera de mejorar la atención en salud a través del proceso reflexivo de cada escena simulada como un lugar de observación y validación de la historicidad de las personas, por sobre cualquier indicio o brecha cultural imperante.

La liminalidad del teatro aplicado y su cuestionamiento en este espacio normado por la institucionalidad, donde la autoría o lugar de habla es compartido por distintos saberes. Si bien se aloja como actividad al alero de la ciencia, esto no es exclusivo para emitir observaciones a la práctica, ya que, como se ha presentado en esta investigación, la misma práctica de la simulación clínica es propensa a ser descrita por la ciencia, la pedagogía y el teatro para acceder y documentar dicha actividad.

De lo anterior, también se propone un lugar de descripción de la práctica desde lo colaborativo, ya que la misma experiencia no puede entenderse a cabalidad sin hacer referencia a todos los lugares de habla involucrados, y cada uno desde sus particularidades constitutivas. Cualquier intento por separar estas matrices de conocimiento para describir el hecho simulado sería anular este acuerdo desde sus bases.

Entonces, se describe la simulación clínica como un lugar abierto a la exploración sensible y concreta, generando intercambios entre los distintos saberes involucrados, más allá de las estructuras que la contienen. Si bien es necesaria la organización y planificación para su aplicación eficiente, no es menos válido el vincular estas experiencias a la necesidad de compartir lugares de habla para generar espacios de integración y mediación eficaces, por sobre los individuos y en busca del bien común.

Esta investigación busca levantar aquellos indicios y directrices del teatro aplicado útiles de ser observados por actrices y actores que se insertan dentro del mundo de la simulación clínica, y con el avance de la misma se ha evidenciado un territorio en constante actualización donde cada comunidad e institución persigue llevar lo real a los espacios de la ficción para volver a ella.

En este punto, esa primera intención se traslada a presentar esas fisuras, esos espacios que transgreden a la práctica misma desde su aplicación por parte del actor/investigador, y que permiten levantar la situación de la simulación clínica como un lugar en expansión, con espacios para la reflexión continua y con la característica particular de ser adaptada y vivenciada desde lo efímero -pero no menos presente- como una acción cotidiana, y que a modo de síntesis para este texto de requerimiento puede definirse en:

- Buscar la legitimación de una práctica que se basa en lo relacional, en lo liminal del convivio de las personas, es por demás extenuante. Cada acuerdo logrado en una comunidad no necesariamente generará los mismos resultados en otra distinta, ya que la simulación clínica se basa en procedimientos concretos, pero aplicados por y para personas en formación, lo que genera la desviación desde lo ideal a lo real, y donde esta interacción es única, particular y efímera, como la teatralidad misma.
- Pensar la teatralidad liminal como un puente, para acortar la brecha de la percepción de lo sensible y la humanización de dicha característica. Todos son actantes y artífices de la realidad, no siendo la sensibilidad un territorio exclusivo de las artes; es una característica que unifica e incluye a las personas en su condición humana, y como parte de la construcción de una sociedad sana y colaborativa.
- El arte y las acciones del arte dentro de la sociedad, no como un factor externo y desde un podio privilegiado. Se propone esta acción a través de la simulación como un puente para mediar la experiencia del aprendizaje a través del arte y con el arte, donde las personas son el centro de la actividad formativa, por sobre los intereses individuales o proyectivos de cada institución frente a la simulación clínica como facilitador pedagógico.
- La simulación clínica desde el teatro aplicado emerge desde el mismo diálogo, de la necesidad de volver a lo humano y sus interacciones para observar a la sociedad. Nadie tiene una verdad absoluta del cómo relacionarse, cómo ser mejores personas o profesionales de las áreas de conocimiento, y el teatro no tiene la verdad entre sus manos, pero si provee de ensayos y propuestas para

buscar un acuerdo para acceder a esa verdad o solución idónea frente a los temas que abarca cada ejercicio social.

- La simulación clínica evidencia la necesidad imperativa de lo colaborativo, de mostrar que ningún saber o verdad es absoluta, y que por mucho que se intente tener una visión global de un hecho, existen múltiples factores y matrices de pensamiento para elaborar discursos que describan este objeto particular.
- Porque pertenece a todos los involucrados, y apela a cada individuo para ser mejor en sus planteamientos, la simulación clínica sobrepasa sus bases, en espera de más y mejores acuerdos entre las personas y líneas de pensamiento para ser agentes concretos de cambio social.
- Y, su aplicación como práctica concreta y fronteriza apela a todas sus construcciones conceptuales, pero en el fondo, llama a cada persona a ser parte presente y activa como factor de trascendencia y mejoramiento de las personas y las sociedades actuales y futuras.

En los casos documentados en esta investigación, también se observa la necesidad de validar la divergencia como lugar de experimentación dentro de los lineamientos de la simulación, y como las adaptaciones de la simulación a la realidad concreta de los recursos humanos y materiales disponibles modifican los ejercicios de la práctica simulada dentro de una comunidad.

Pensar la divergencia en la simulación clínica como lugar de exploración dentro de una práctica, abriendo espacios para nuevas investigaciones y ajustes procedimentales por y para sí misma. Para expresar mejor esta idea, se hace referencia al deporte y específicamente la historia de Dick Fosbury en el salto de altura:

La historia del salto de altura ha evolucionado siempre en búsqueda de mejorar su técnica física frente la altura señalada por una vara. El cómo los mismos deportistas van mejorando la técnica desde la práctica (y en particular con este deporte) ha presentado variadas opciones para ejecutar este salto. Hacia adelante, con ambas piernas juntas, en tijeras, como un rodillo, de costado. Y así para conseguir mayor altura y mejores caídas del deportista. Hasta que Fosbury se cuestionó la idea del salto, la disposición de los elementos y su relación física hacia ellos. ¿Y si saltamos de espaldas a la vara? ¿Y si reorganizamos el cuerpo y los elementos que influyen para mejorar esta práctica?

A la fecha, la técnica Fosbury en el salto de altura no ha sido superada por otra innovación en el área deportiva de referencia, y se espera que ocurra en tanto las y los deportistas y todos quienes participan de esta práctica encuentren otra solución para saltar su vara.

De lo anterior, es posible vincular este relato deportivo con la experimentación bajo los mismos lineamientos hacia el encargo de la simulación -con los recursos limitados disponibles para ello- y así encontrar soluciones y adaptaciones propias para alcanzar dichos objetivos. Volver a observar la práctica como una primera vez, y cuestionarla como un acuerdo permeable entre personas desde lo colaborativo.

Bibliografía

- Aguilar, C. Hernández, B. Tovar, B (2017) *Escenarios de aprendizaje basados en simulación, experiencia multidisciplinaria de la Universidad del Valle de México*. Primer Encuentro Internacional de Simulación | Simex 2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/uns171h.pdf>
- Aguirre, H. Vázquez, F. (2006) Error médico. Eventos adversos Cirugía y Cirujanos, vol. 74, núm. 6, noviembre-diciembre pp. 495-503 Academia Mexicana de Cirugía, A.C. Distrito Federal, México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/662/66274614.pdf>
- Alvarado, C. (2014) *Puentes entre simulación y teatralidad: aproximación teatral a las prácticas de simulación clínica con pacientes simulados para la formación médica*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/21210>
- Boal, A. - Autor/a; Schmilchuk, G - Traductor/a; (2018) *Teatro del Oprimido*. Literatura latinoamericana y caribeña no. 186. Fondo Editorial Casa de las Américas. La Habana.
- Boudrillar, J. (1977) Traducido por Rovira. P. *Cultura y simulacro*. Ediciones originales: La precession des simulacres, Traverses, n° 10, fevrier 1978 L'effet Beaubourg, Editions Galilée, 1977 Editorial Kairós, Barcelona 1978.
- Bravo, M. Boza, C. Corvetto, M. Dagnino, J. Escudero, E. Montaña, R. Utili, F. Varas, J. (2013) *Simulación en educación médica: una sinopsis*. Revista Médica de Chile 141: 70-79. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100010

- Caniullmi, V. (2000) *El mundo mapuche y su medicina*. Repositorio digital UCT Disponible en: https://repositoriodigital.uct.cl/bitstream/handle/10925/460/ACER_956-7019-14-2_03_2000_1_cap9.pdf?sequence=1
- Cerdán, F. Coro, G. Diéguez, M. García, M. Gómez, M. Pardo, M. (2019) *Protocolo de entrenar actores para escenarios de alta fidelidad en educación médica*. Simulación Clínica 2019; 1 (3): 144-148 www.medigraphic.com/simulacionclinica. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/simulacion/rsc-2019/rsc193e.pdf>
- Diéguez, I. (2014) *Escenarios liminales. Teatralidades, performatividades, políticas*. Serie teoría y técnica Paso de Gato, México.
- Foucault, M. *El sujeto y el poder* Edición electrónica de www.philosophia.cl Escuela de Filosofía Universidad Arcis.
- Matiz, H. (2012) *La Simulación clínica: Nueva Herramienta para enseñar Medicina*. ISSN: 0120-5498 – MEDICINA (Bogotá) Vol. 34 No. 3 (98) Págs. 242-246 septiembre 2012. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/531023689/La-simulacion-clinica>
- Martínez, E (2008) *El Juego como escuela de vida: Karl Groos*. Magister Revista miscelánea de Investigación N° 22, 7-22
- Ministerio de Salud (2009) *Participación social en salud. Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile* Editado por: Departamento de Participación Social y Trato al Usuario Subsecretaría de Redes Asistenciales. Gobierno de Chile. Disponible en: bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/Participacion-Social-en-Salud.pdf

- Mora, J. Ramos, J. (2018) *Trabajo Fin de Grado Plantas Medicinales en el Ayurveda*. Facultad de Farmacia Universidad Complutense. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/JOSE%20ALBERTO%20MORA%20AGUDO.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020) *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas, una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pavis, P (1998) *Diccionario del teatro*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona
- Peñaloza, M (2017) *Factores humanos y error médico*. Aspectos Médico-legales en la práctica de la Anestesia. Vol. 40. Supl. 1 Abril -Junio pp S65-S66. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171v.pdf>
- Pérez, R. (1989) *La medicina alopática y las otras medicinas-* Ciencias Revista de difusión. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/cns/no14/CNS01403.pdf>
- Ranciere, J (2000) Traductor. Fernández, A. *La división de lo sensible. Estética y política*. Disponible en: <https://poderesunidosstudio.files.wordpress.com/2009/12/jacques-ranciere-la-division-de-lo-sensible1.pdf>
- Sarduy, S. (1982) *La simulación*. Colección Estudios. Monte Ávila Editores, C. A.
- Schmilchuk, G- Traductor/a (2018) *Augusto Boal: Teatro del oprimido* Fondo Editorial Casa de las Américas. Disponible en: "http://biblioteca.clacso.org/Cuba/casa/20200419044829/Teatro-del-oprimido.pdf"

- Sedano, A. (2019) *El Teatro Aplicado como campo interdisciplinario de investigación en los Estudios Teatrales*. Artnodes. N.º 23: 104 - 113. UOC. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Artnodes/article/view/n23-lima-vidiella/439610>
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria sem FYC (2017) *Los pacientes Simulados en la Evaluación de la competencia*. Boletín doctor de educación médica. Disponible en: <http://www.doctutor.es/2017/04/12/los-pacientes-simulados-en-la-evaluacion-de-la-competencia>
- Stanislavsky, C. (1936) *Preparación del Actor* Título original: *An actor prepares* Traducción: Ricardo Debenedetti. Disponible en: <https://escueladeruso.com/wp-content/uploads/2015/09/Stanslavski-Konstantin-Preparacion-Del-Actor.pdf>
- Walsh, C. (2005) ¿«multi-, pluri- o interculturalidad»? Extracto de: “*Qué es la interculturalidad y cuál es su significado e importancia en el proceso educativo?*”. En: *La Interculturalidad en la educación*. Lima, Ministerio de Educación, Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural. Pp. 4-7 Fuente: Derecho, Gerencia y Desarrollo. Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/item/60091/multi-pluri-o-interculturalidad>

Webgrafía

- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/medicina-alopatica>
- <https://www.amcollege.edu/bloges/salud-y-enfermedad-en-la-medicina-oriental-amc-miami>
- <https://www.msmanuals.com/es/professional/temas-especiales/medicina-integradora-alternativa-y-complementaria/medicina-tradicional-china>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-los-meridianos-puntos-acupuntura-estudio-X1887836911381572>
- <https://www.eltribuno.com/jujuy/nota/2021-8-1-0-0-0-la-leyenda-de-los-dioses-pachamama-y-pachacamac>
- <https://www.apsf.org/es/article/la-evolucion-y-el-papel-de-la-simulacion-en-la-ensenanza-de-la-medicina/>
- <https://www.pagina12.com.ar/312329-resusci-anne-la-mujer-mas-besada-de-la-historia>
- <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedia/vol98/simulacion-clinica/>
- <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedia/vol98/comite-98/>

