



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
MAGISTER EN ARTES

PUENTES ENTRE SIMULACIÓN Y TEATRALIDAD:
APROXIMACIÓN TEATRAL A LAS PRÁCTICAS DE SIMULACIÓN CLÍNICA
CON PACIENTES SIMULADOS PARA LA FORMACIÓN MÉDICA

POR

CONSTANZA ANTONIETA ALVARADO ORELLANA

Tesis presentada a la Facultad de Artes de la Pontificia Universidad Católica de Chile
para optar al grado de Magíster en Artes (área de Teatro)

Profesora guía: María Cecilia Bralic Escribar

Julio, 2014

Santiago de Chile

©2014, Constanza Antonieta Alvarado Orellana

© 2014, Constanza Antonieta Alvarado Orellana

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.

Al pensar guardo en mi cuerpo consciente y hablante la posibilidad de escribir,
de la misma manera en que al escribir continuo pensando y repensado
tanto lo que se está pensando como lo ya pensando.

Paulo Freire

Cartas para quien pretende enseñar, 2008

El teatro, como disciplina, debiera examinar todo aquello que hace el teatrista.
En todas partes que este se encuentre, el teatro debe ir y conocer
cómo se está desarrollando, sea en su mínima
o en su máxima expresión.

Cecilia Bralic.

“Apuntes reuniones...”, 2013-2012.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido posible, en primer lugar, gracias a Cecilia Bralic. A ella mis primeros agradecimientos, por acompañarme en este camino, por su apertura, diálogo y confianza. Por permitirme poner en escena nuestra conversación y por llevarme a descubrir que solo en referencia a un fenómeno podía aparecer mi voz.

Extiendo el reconocimiento al resto del equipo de la investigación en la que esta tesis se enmarca: a la docente y médico familiar Philippa Moore, directora de la Unidad de Pacientes Entrenados UC, mis agradecimientos por invitarme a colaborar en tan novedosa iniciativa; a María Inés Leighton, actriz y encargada de la preparación de Pacientes Simulados, por abrirme su espacio de trabajo; y especialmente a mis compañeras y colegas Paulina Sarkis y Catalina de la Parra, por ayudarme a pensar a partir de sus propias experiencias como espectadoras de las prácticas. Mi valoración también a los estudiantes de medicina, docentes, actores y actrices que colaboraron en las entrevistas y permitieron que por medio del diálogo y la observación de las actividades pudiéramos introducirnos en el mundo de la educación médica.

Finalmente en lo más íntimo, agradezco a Coca Duarte, por su escucha y amistad desde la disciplina teatral, por recordar el tema de esta tesis en sus propias lecturas. A Mireya Faivovich, por ser parte de este proceso desde un lado otro que sin duda resultó fundamental. En lo familiar agradezco a mis hermanas Macarena y Javiera, por el apoyo fraterno siempre presente. A la familia Beca Richards y Richards Cepeda, porque en parte la música sostuvo este proceso. Y a Pablo Céspedes por sus palabras y sus abrazos, por dejar entrar este esfuerzo a nuestro cotidiano.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	8
PREFACIO	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MIRADAS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA A LA SIMULACIÓN CLÍNICA CON PACIENTES SIMULADOS	19
1.1 El control del aprendizaje y el aprendizaje en acto	21
1.3 El realismo como límite	27
1.4 Resonancias para el teatro	33
II. PUENTES TEÓRICOS ENTRE SIMULACIÓN Y TEATRALIDAD	36
2.1 Simulación y teatralidad: alcances y distinciones	36
2.2 Perspectivas para pensar la relación simulación y teatralidad	46
2.2.1 La Perspectiva Dramatúrgica de la teoría social	49
2.2.1.1 La situación como unidad básica de estudio	51
2.2.1.2 Los conceptos de rol, distanciamiento de rol y rutina	55
2.2.1.3 El orden y la fragilidad de los encuentros cara a cara	59
2.2.2 Los Estudios de la Performance	62
2.2.2.1 El concepto de conducta restaurada	66
2.2.2.2 Eficacia y entretenimiento en la performance	69
2.2.3 Performance y teatralidad, lo auténtico y lo real	72
III. LA SIMULACIÓN CLÍNICA CON PACIENTES SIMULADOS EN LA ESCUELA DE MEDICINA UC	81
3.1. Génesis de las simulaciones clínicas con Pacientes Simulados	82
3.2 Las primeras experiencias de simulación clínica	84
3.3 La creación de la Unidad de Pacientes Entrenados y la extensión de las simulaciones clínicas en la malla curricular	85
IV. ETNOGRAFIA TEATRAL DE LAS PRÁCTICAS DEL CURSO INTEGRADO DE CLÍNICA I	89
4.1 Aspectos pedagógicos del curso Integrado de Clínica I	92

4.2 El entrenamiento de los Pacientes Simulados: los casos clínicos de la familia	
Castro-Pantoja	94
4.3 Estructura de las prácticas pedagógicas y espectro de la observación teatral	99
4.4 Las actuaciones de Pacientes Simulados y Estudiantes	101
4.4.1 Pacientes Simulados: el olvido del actor y la distancia actor-rol	102
4.4.2 Descubrimiento del estudiante como actor que ensaya el rol de médico	110
4.4.3 Pacientes simulados y estudiantes: la lógica de la simulación y la apertura a la relación escénica	116
4.5 La sala espejo y el olvido del espectador	119
4.6. De la estandarización de rutinas médicas a la consideración de la situación escénica en curso	125
4.6.1 El riesgo de mecanizar el comportamiento médico	128
4.6.2 El ensayo de la conversación médico paciente	133
V. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES	137
VI. BIBLIOGRAFÍA	144
VII. ANEXOS	151

RESUMEN

La siguiente investigación se aproxima desde una perspectiva teatral a un grupo de prácticas de simulación clínica con Pacientes Simulados – en su mayoría actores que representan casos clínicos para escenarios pedagógicos– orientadas a la formación clínica de estudiantes de medicina, desarrolladas en el marco de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. En primera instancia, el estudio se interroga en un nivel teórico-crítico por las posibles relaciones entre teatralidad, simulación y educación médica en el contexto de las prácticas mencionadas. Como resultado de esta discusión, se propone abordar las prácticas pedagógicas en analogía con una escenificación, tomando como caso de estudio un curso particular de la malla curricular de medicina. A través de la observación de las prácticas y la entrevista a sus protagonistas, la investigación explora, en un sentido general, la conformación del trabajo con Pacientes Simulados en la Escuela de Medicina UC, y en un sentido particular, las dimensiones escénicas que se dejan entrever en el desarrollo de las prácticas en cuestión. El esfuerzo del presente estudio se dirige tanto a ofrecer a la educación médica un punto de vista particular sobre el desarrollo de la simulación clínica con Pacientes Simulados, como a estimular la apertura de la teoría teatral hacia campos poco explorados donde el teatro y la teatralidad se encuentran desarrollando funciones específicas.

PREFACIO

El primer trabajo remunerado que tuve una vez egresada de la Escuela de Teatro de la Universidad Católica de Chile, junto a ser actriz en las obra *Ricardo III* y *Macbeth* montadas el 2006 en el Teatro UC, fue ser guía en el Departamento de Medicina Preventiva de la Clínica Alemana. El edificio había estado en remodelación, tomándose la medida de contratar a jóvenes que acompañaran y orientaran a los pacientes que acudían a hacerse chequeos preventivos por los distintos sectores de la clínica.

Compartí ese espacio laboral con dos compañeras actrices y un músico de la misma universidad. Nos recuerdo entonces entre los pasillos de la clínica, yendo a buscar exámenes al laboratorio y acompañando a personas, en su mayoría de tercera edad, a realizarse test de esfuerzo, colonoscopias, mamografías, *holters*, entre otros.

En más de una ocasión, esperando el ascensor, enfrenté la pregunta de un paciente de si acaso yo era estudiante de enfermería o de alguna otra carrera del área de la salud. En ese entonces, bromeaba en mi familia que la próxima vez que me preguntaran eso diría que sí, que estaba estudiando para ser kinesióloga o algo por el estilo, y que por mientras me ganaba una platita acompañándolos por los pasillos de la clínica y aprovechando para conocer el funcionamiento del lugar. Quería evitarme de algún modo esa pregunta aguda, seguida de una lamentación en tono compasivo, de si acaso era muy difícil ganarse la vida como actriz.

Pasaron cinco años y volví a acudir a un establecimiento de salud. Esta vez ya no como guía, ni como paciente, sino como investigadora y con el objetivo de conocer el trabajo que actores y actrices desarrollan en el rol de Pacientes Simulados para la educación médica.

Fue en el año 2006 cuando escuché por primera vez sobre ese trabajo. Entonces, un amigo y gran actor, luego de egresar de la Escuela de Teatro de la misma universidad, había recibido una oferta eventual de trabajo remunerado. Su función consistiría en presentarse como paciente frente a un médico que estaba siendo observado

por una comisión, posiblemente para un examen. La situación a la que se tenía que enfrentar, según recuerdo, era entrar a un box de consulta, presentarse ante una persona de delantal blanco, detallarle sus hábitos alimenticios y confesarle que hace días estaba preocupado pues al ir al baño el papel higiénico le salía con sangre. Entre los amigos anticipábamos su actuación y comentábamos que el principal desafío ante esta situación era no tentarse de risa ante los síntomas que debía presentar al médico. La labor a la que nuestro amigo había sido convocado nos parecía totalmente extraña: ¿qué hacía un actor participando en este nuevo escenario?

Ya en el marco de la presente investigación, en mi primera experiencia de observación del trabajo de actores como Pacientes Simulados, presencié una actividad realizada en un curso de comunicación de la Beca de Medicina Familiar. Los becados proponían una situación que habían vivido en su experiencia práctica como médicos y que querían revisar en el curso por medio de un ejercicio de representación. Mientras ellos asumían el papel de médico, un actor hacía el de paciente, y el resto de los becados y las dos docentes, una psicóloga y una médica, participaban de la situación dando sus puntos de vista como espectadoras. La escena de la que fui testigo esa vez, era la de un padre que le preguntaba al médico, hacia el final de la consulta, cómo podía decirle a su hija, llamada Coni, que no era su padre biológico. El tema de la filiación salía a mi encuentro como un guiño; la metáfora del actor o la actriz–proyectada en ese personaje, en esa niña con mi propio nombre– interrogándose por sus vinculaciones en este escenario extraño: la educación médica.

Sin grandes pretensiones, espero que esta investigación contribuya a iluminar las raíces y los nuevos brotes que puedan surgir de una relación en ciernes entre teatro y educación médica, aportando con ello, de paso, al fortalecimiento de un campo laboral para actores y en especial al reconocimiento de su complejidad.

INTRODUCCIÓN

El interés de la disciplina teatral por observar y comprender cómo el teatro participa y contribuye en variadas prácticas que componen el entramado social y cultural, es una veta escasamente explorada desde la academia universitaria, especialmente en el contexto chileno. Pese a la proliferación de prácticas sociales de diversa índole que recurren a una aplicación más o menos racionalizada de lo teatral —talleres teatrales comunitarios, participación de lo teatral en programas orientados al desarrollo psicosocial, manifestaciones ciudadanas que recurren a la teatralidad, entre otras— es solo gracias a la apertura de nuestra disciplina y sin duda de personas claves que la movilizan y que han entrado en diálogo con perspectivas de las ciencias sociales y de la cultura, que la universidad comienza a valorar, de manera creciente, la relevancia de interrogarnos respecto a cómo la sociedad *in extenso* recurre al teatro para sus propios fines¹.

Teniendo como motivación principal explorar qué dice el propio teatro desde su acervo respecto a estas manifestaciones o prácticas en las que de alguna u otra manera se encuentra implicado, esta investigación propone estudiar el fenómeno de la simulación

¹ En el contexto internacional, particularmente en países como Estados Unidos, Inglaterra, Australia y Nueva Zelanda, esta perspectiva de estudio es nombrada bajo el término de *Applied Theatre* (Teatro Aplicado). Se trata de un término que surge en los años '90 para nombrar prácticas teatrales realizadas en contextos no convencionales para el teatro, esto es, teatro aplicado a la vida en prisión, a establecimientos educacionales y comunitarios, a negocios y empresas, entre otros. En estos escenarios el teatro se desarrolla no solo con fines artísticos, sino orientado a las necesidades específicas de cada contexto. En el caso de nuestro país, destaca la línea de pedagogía teatral que ha impactado el nivel práctico de los cruces entre teatro y educación, y en particular los procesos de aprendizaje desarrollados en contextos escolares. La actriz y docente de la Escuela de Teatro UC, Verónica García-Huidobro, ha contribuido en este ámbito desempeñándose en la actualidad como directora del Diplomado de Pedagogía Teatral UC. Ver: Nicholson, H. (2005). *Applied drama, the gifts of theatre*. Londres: Palgrave; Predergast, M. y J. Saxton (2009). *Applied Theatre: international case studies and challenges for practice*. Bristol: Intellect; Taylor, P. (2003). *Applied Theatre: Creating Transformative Encounters in the Community*. Nueva York: Heineman Portsmouth; y *Pedagogía Teatral. Metodología Activa en el aula*. (2004). Santiago: Ediciones UC.

clínica con Pacientes Simulados². Se trata de prácticas pedagógicas desarrolladas por la educación médica, en las cuales se convoca a actores y actrices con la finalidad de representar determinadas patologías, posicionándose en el rol de pacientes, y colaborando con ello al desarrollo de procesos de enseñanza-aprendizaje de estudiantes de medicina y médicos en formación.

En el contexto internacional y en términos globales, el trabajo con Pacientes Simulados y técnicas de simulación clínica surge en los años '60, en una época donde diversos campos profesionales (salud, negocios, educación, entre otros), comienzan a utilizar modelos de simulación para el aprendizaje y apresto profesional, con el objetivo de abordar situaciones comunicativas específicas que requieren ser ensayadas y anticipadas. En el caso de nuestro país, las técnicas basadas en la simulación para el aprendizaje clínico surgen a mediados de los '90. Es la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile (EMUC) la pionera en desarrollar estas iniciativas, convocando desde el año 1995 a la fecha un grupo estable de actores y actrices, profesionales y no profesionales, que permiten diseñar e implementar nuevos escenarios de educación clínica.

Desde un punto de vista teatral, estas prácticas llaman la atención, en primer término, por la participación de actores y actrices en ellas. Esto pareciera ser un primer índice que podría justificar la relevancia de estudiar estas prácticas pedagógicas con el objetivo de conocer para qué fines se está convocando a los actores, considerando junto a ello que el ámbito de la educación médica se ha transformado en un importante campo laboral para estos profesionales. Sin embargo, aunque la EMUC lleva quince años capacitando a actores y actrices para desempeñarse como pacientes, y la literatura médica nacional e internacional señala que se trataría de una tendencia en aumento al interior de los programas de educación médica, la teoría teatral en nuestro país solo recientemente comienza a investigar cuál sería el aporte específico que estaría haciendo

² Cabe señalar que en el contexto de la educación médica, la simulación clínica comprende en su conjunto experiencias pedagógicas con diversos simuladores: máquinas, maniqués, *fantomas* y personas que asumen el rol de pacientes.

el teatro en este ámbito. Pareciera, que hasta ahora, el trabajo como Paciente Simulado y las prácticas de simulación clínica no ameritaran mayor estudio desde la disciplina teatral al estar enfocadas a una función que se entiende como ajena al teatro.

Acorde a lo anterior, tanto en el contexto internacional como nacional, los fenómenos de simulación aplicados a la educación médica y que cuentan con la colaboración de actores y actrices, han sido escasamente abordados por la investigación teatral. A nuestro juicio, la resistencia de la teoría teatral a reconocer las prácticas de simulación, y en específico de simulación clínica, como un terreno propio sobre el cual pronunciarse, podría entenderse principalmente en relación a dos asuntos. En primer término, a las tensiones que acompañan el estudio de la teatralidad fuera del campo de la producción artística, orientación que sigue siendo debatida y respecto de la cual no hay un consenso; mientras que algunos autores señalan que la teatralidad opera solo en el acto teatral convencional (“si todo es teatro nada es teatro” declara Luis de Tavira), otros sugieren la posibilidad de estudiar las dimensiones de teatralidad presente en otras prácticas de la vida social (Sánchez, 2008; Féral, 2003 y 2004; Taylor, 2009; entre otros). En segundo término, pero en mayor medida, este silencio podría también interpretarse en referencia al rechazo que el concepto de ‘simulación’ provoca en quienes hemos sido formados en el campo teatral. Ello, por su cercanía al engaño, a la mentira y a lo falso. Y es que, aun cuando desde el sentido común el teatro se asocia a la simulación por su carácter ficcional, tanto para teatristas como para investigadores existen distinciones relevantes entre engañar y teatralizar, entre la acción de mentir y la especificidad de la práctica escénica:

[D]ramatizar, simular, interpretar, aunque son términos que usamos con intenciones sinónimas, no hacen referencia a la misma actividad. Entre dramatizar/representar/interpretar y simular existe una barrera que puede llevar a diferenciar la realidad de la ficción. (Guarinos, 2008, p.4)

Pese a lo anterior, y más allá de las discusiones de carácter especulativo, que nos invitan a pensar las equivalencias o diferencias radicales entre los conceptos de simulación y teatralidad, lo cierto es que actualmente la proliferación de dispositivos y prácticas sociales que recurren a elementos teatrales para sus propios fines es significativa. Es posible observar la teatralidad, tal cual como proponen algunos autores (Féral, 2003 y 2004; Fischer-Lichte, 2011; Sánchez 2007 y 2008; Schechner, 2000, 2011 y 2012, entre otros), en diversos espacios de la vida cotidiana: ritos tradicionales como un funeral, un matrimonio, en juegos deportivos y otras prácticas de la cultura. Todas ellas comparten con el teatro las relaciones de actores-espectadores, la configuración de una estética particular, el juego de roles, un guión o reglas que estructuran la acción, entre otras variables.

Atendiendo a lo anterior, de un tiempo a esta parte, a nivel internacional el teatro como disciplina académica ha extendido cada vez más sus límites, aportando a la comprensión de fenómenos ‘parateatrales’ e interrogándose, dicho sea de paso, por su propia especificidad teatral (Sánchez, 2008 y Guarinos, 2008). Como señala Christopher Balme desde los estudios teatrales, toda “‘realidad escenificada’ se vincula de alguna manera con el teatro y la performance, y. . . por ende, puede ser considerada como un objeto de estudio para la teoría del teatro” (2013, p.155). Tanto la política, las comunicaciones, y por qué no, las prácticas de simulación aplicadas a la formación de diversos profesionales, responden al “uso cada vez más masivo de ciertas técnicas de escenificación que normalmente asociaríamos con un proceso de puesta en escena teatral” (2013, p. 155). En esta línea, Diana Taylor, desde los Estudios de la Performance, propone en su artículo “War play”, abordar la simulación como técnica orientada a la preparación de soldados para la guerra. Junto a desarrollar su análisis, Taylor convoca a los investigadores de teatro y performance a responsabilizarse en relación a los modelos teatrales operantes en las prácticas sociales de simulación, observando que dichas técnicas “contribuyen a conceptualizar, ensayar y promulgar”

acciones y comportamientos humanos orientados hacia el futuro (2009, p.1886, la traducción es nuestra).

En el contexto de lo anterior, y al amparo de un proyecto académico entre la Escuela de Teatro y la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile³, esta investigación propone, en primer término, valorar la simulación clínica como un escenario fecundo para el estudio teatral, visualizando en él un espacio de encuentro entre la disciplina médica y teatral. En este sentido, el objetivo de esta investigación es interrogarnos desde el teatro por el sentido de lo que acontece en estas prácticas, entendiéndolas como un ámbito propio respecto del cual pronunciarse.

Siguiendo la perspectiva del proyecto EncargArte de la Facultad de Artes UC, impulsado por la docente y tutora de esta tesis Cecilia Bralic, esta propuesta dice relación con fomentar la “responsabilidad social y académica” de las artes, y en específico del teatro. Cuestión que implica que los artistas y teatristas descubramos que “más allá del ámbito productivo-creativo de ‘las tablas’ en un sentido tradicional, el teatro y las artes son ‘un recurso’ valioso en los distintos sistemas sociales” y no solo en el ámbito artístico (Bralic, Comunicación Personal con Philippa Moore, 2010)⁴.

³ Proyecto financiado por la Vicerrectoría Académica de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Título del proyecto: “Evaluación teatral del recurso Paciente Entrenado para la formación de profesionales de la salud: un trabajo colaborativo entre la Escuela de Teatro y la Escuela de Medicina”. Responsable del proyecto: Philippa Moore, Escuela de Medicina UC. Investigadora principal: Cecilia Bralic, Escuela de Teatro UC. Investigadoras ayudantes: Paulina Sarkis, Catalina de la Parra y Constanza Alvarado, Escuela de Teatro UC.

⁴ EncargArte, iniciativa liderada por Bralic y en la que he venido participando hace ya algunos años junto a un grupo estable de egresados de la Escuela de Teatro UC y recientemente estudiantes de otras unidades académicas de la Facultad, vincula a las artes con programas institucionales aplicados al desarrollo de las personas y sus contextos. Ello, dentro de una perspectiva donde convergen los estudios teatrales, los estudios etnográficos institucionales y la perspectiva dramaturgica en ciencias sociales (Bralic et al. 2013, “Proyecto Políticas Públicas”). A la base de su desarrollo, y pensando en particular desde el horizonte de la investigación teatral, se visualiza un doble movimiento: la apertura de la investigación de los procesos teatrales a los sociales, y el paso de la preocupación por el actor hacia el espectador o más precisamente a la relación entre ambos. Este doble giro dice relación con reconocer al teatro “no sólo [en su] función estética dirigida a la producción artística de obras” sino en cuanto disciplina portadora de un punto de vista respecto a la realidad social en su conjunto (Bralic et al. 2013, “Proyecto Políticas Públicas”). Desde el año 2009 en el curso Taller de Investigación Teórica, cuarto año de actuación de la Universidad Católica, Bralic convoca a los estudiantes y futuros actores a tomar el lugar de espectadores del mundo y realizar un trabajo de carácter antropológico que implica una experiencia de investigación en terreno. Uno de los problemas principales estudiados es la convivencia vecinal. Los estudiantes realizan un trabajo de

De modo más específico, la presente investigación se propone favorecer el desarrollo del conocimiento empírico de la aplicación que el teatro estaría llevando a cabo en el campo de la educación médica, más allá de su función propiamente artística. Para ello, propone explorar un grupo de prácticas de simulación clínica desarrolladas por la Unidad de Pacientes Entrenados (UPE) del Centro de Educación Médica de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Las prácticas pedagógicas estudiadas pertenecen al curso Integrado de Clínica I, de tercer año de la malla curricular. Alternando clases expositivas y sesiones prácticas, este curso se orienta a que los estudiantes tomen conocimiento de determinadas sintomatologías y sus cuadros clínicos, y que experimenten en situación, gracias a la participación de Pacientes Simulados, la aproximación clínica a una persona que las padece.

A nivel de diseño, este estudio se basa en una observación etnográfica de la totalidad de las sesiones prácticas del curso señalado llevadas a cabo durante el primer semestre del año académico 2012⁵. El registro de las observaciones fue elaborado a modo de ‘crónicas teatrales’, documento vivo que presenta narrativamente lo observado proponiendo una interpretación orientada, en este caso, por el punto de vista teatral (Flick, 2004, p.44)⁶. Complementando esta información, se efectuaron entrevistas a sus principales participantes: estudiantes, actores y actrices, y docente a cargo del curso, con

campo, basado en la observación y en la realización de entrevistas, experiencia que es presentada por medio de narraciones tituladas como crónicas de observación teatral, orientadas a descubrir categorías teatrales para observar la realidad (Bralic et al. 2011).

⁵ Cabe destacar que en todas las investigaciones impulsadas por EncarArte el enfoque etnográfico ha sido siempre el modo básico de levantamiento de información (Bralic et al. 2013 Proyecto Políticas Públicas). Y es que, la etnografía, tal como la definen Stéphane Beaud y Florence Weber, implica la emergencia de una problemática determinada en y desde el trabajo en terreno, donde el pensar “surge desde un ver” (Bralic et al. 2011, p.31). A partir de esa experiencia particular de observación de un fenómeno social en su propio contexto de desarrollo, nace una interpretación que, dicho sea de paso, privilegia la particularidad del caso de estudio (Beaud y Weber, 2010, p.225-7). En palabras de las autoras referidas: “la etnografía no es la generalización de una ley universal, sino de una parcial. Se interesa por comprender el problema en tal o cual condición, en tal o cual contexto” (2010, p.249, la traducción es nuestra).

⁶ El trabajo de campo fue realizado por las teatristas Catalina de la Parra, Paulina Sarkis y quien suscribe. La idea de ‘crónica teatral’ la tomo de la propuesta de EncargArte, comprendida aquí como un texto que “refiere en un sentido fenomenológico, a una experiencia que no nace de la especulación, sino de una cierta ‘visión situada’ de los hechos. . . al modo de espectadores de una obra de teatro” (Bralic et al., 2011, p.37).

el objetivo de conocer sus propias percepciones y significaciones en torno a las prácticas⁷.

Para dar cuenta de su desarrollo, la investigación se divide en cinco capítulos. El primero de ellos explora los antecedentes de la investigación, es decir, las miradas que han sido elaboradas sobre la simulación clínica y el trabajo con pacientes simulados. A partir de una revisión de la literatura sobre el tema, se mostrará cómo surge a nivel internacional el requerimiento a este recurso pedagógico para la formación y evaluación de estudiantes y médicos, así como también qué funciones viene a cumplir la simulación. Aquí se descubre una primera visión sobre el modo en que la propia educación médica ha comprendido la inclusión de Pacientes Simulados y la utilización de simulación clínica para la educación semiológica y comunicacional de la relación médico paciente. El segundo capítulo de este estudio, busca revisar las relaciones y distinciones entre las nociones de simulación y teatralidad, de modo de avanzar en las posibilidades que ofrece el ejercicio analógico que propone. Aquí se revisan particularmente dos enfoques teóricos, la Perspectiva Dramatúrgica de la teoría social y los Estudios de la Performance, puntos de vista complementarios que permite complejizar la mirada sobre las simulaciones clínicas y la potencia de la teatralidad en ellas, en virtud de la eficacia pedagógica de las prácticas. Ya el tercer apartado de la investigación se dispone de lleno a dar cuenta del escenario particular que la convoca: la simulación clínica con Pacientes Simulados en el contexto de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Aquí nos interesa, en primera instancia, presentar un recorrido por el trabajo con Pacientes Simulados y prácticas de simulación clínica llevadas a cabo en el contexto de dicha institución. En base a la realización de entrevistas a personas claves que estuvieron al origen y en el camino de esta iniciativa,

⁷ El curso Integrado de Clínica I es coordinado desde sus inicios por el docente Robinson González. Para las sesiones prácticas del curso, sobre las que versa nuestro trabajo de campo, este se divide en ocho sesiones guiadas por cuatro docentes, tal como se señalará con mayor detalle más adelante. El registro de las observaciones da luces de la relación que dichos docentes desarrollan con las prácticas de simulación. En el caso del docente guía del curso, su punto de vista sobre estas es recogido por medio de una entrevista.

se buscará revelar cómo la Escuela de Medicina UC comienza a gestar el trabajo con Pacientes Simulados, en qué necesidades se funda aquello y de qué modo las actividades se han desarrollado a la fecha. Se trata de un relato basado en fuentes orales, dado que no existe registro escrito de esta historia, que nos permitirá contextualizar a posteriori el trabajo empírico realizado en esta investigación sobre las prácticas de simulación clínica con Pacientes Simulados en un curso particular de la malla curricular. El próximo capítulo de estas tesis se centra en la aproximación a un estudio de caso, el curso Integrado de Clínica I. Aquí se despliegan las dimensiones resultantes de la pregunta por la teatralidad y el trabajo escénico elaborado en las prácticas de simulación clínica. Se revisan tres aspectos principales, las actuaciones que en ellas tienen lugar, la relación de estas con el espacio escénico en que acontecen y las comprensiones de aquello que se escenifica. Finalmente, el último apartado de este escrito, dedicado a las conclusiones generales, tiene por objetivo revisar lo realizado en la totalidad del estudio, buscando dar cuenta de sus límites y sus proyecciones futuras.

En definitiva, la presente investigación busca aportar en dos niveles: ofreciendo a medicina un punto de vista teatral sobre el desarrollo de las actividades con Pacientes Simulados, que favorezca la reflexión situada en torno a ellas, y estimulando, de paso, la apertura de la teoría teatral hacia campos poco explorados.

I. MIRADAS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA A LA SIMULACIÓN CLÍNICA CON PACIENTES SIMULADOS

En tanto técnica pedagógica aplicada en diversos campos del conocimiento, la simulación ha sido descrita en términos de un “enfoque pedagógico moderno y marco lúdico de carácter funcional” aplicado al aprendizaje de competencias particulares y al entrenamiento de personas (García-Carbonell y Watts, 2007, p. 67). Siguiendo a las autoras citadas, sus inicios se remontan a la Segunda Guerra Mundial, momento en que diversas Fuerzas Armadas implicadas en el conflicto diseñan e implementan dispositivos para entrenar a los pilotos en habilidades técnicas y conductuales con el fin de anticipar situaciones de alto riesgo. Años más tarde, entre las décadas del ‘50 y ‘70, las simulaciones y juegos se extienden a la capacitación de diversos profesionales gracias al diálogo con teorías de la educación centradas en el estudiante y basadas en el aprendizaje por medio de la experiencia⁸. Se trata de áreas en las que las personas deben ejercitar, “en un entorno lo más real posible” (García-Carbonell y Watts, 2007, p. 67), competencias que van desde técnicas especializadas para acciones específicas, como podría ser conducir un avión, hasta el desarrollo de habilidades sociales y comunicacionales en profesiones centradas en la interacción entre personas: economía y negocios, aprendizaje de lenguas, seguridad social y prevención de riesgos, y particularmente especialidades del área de la salud como la psicología, enfermería y medicina (García-Carbonell y Watts 2007, p.71).

En el caso de nuestro terreno de estudio, la educación médica, la implementación de técnicas de Simulación Clínica y la introducción de Pacientes Simulados forma parte

⁸Resuenan aquí perspectivas como el aprendizaje significativo en el contexto del socioconstruccionismo, así como también el aprendizaje por competencias centrado en el ‘saber hacer’. Ver: Gergen, K. (2007). “El construccionismo social y la práctica pedagógica”. En A.M Estrada y S. Díazgranados (Comps). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica* (pp.213-331). Bogotá: Ediciones Uniandes, y, Moreno, T. (2010). “Competencias en educación. Una mirada crítica”. *Revista mexicana de investigación educativa*, 15 (22), 289-297.

de una transformación mayor del modelo médico educativo. Al igual que otras disciplinas, la educación médica se ve necesitada, por diversos factores, de recurrir a técnicas que permitan preparar a los estudiantes para enfrentar situaciones de riesgo o incertidumbre y abordar la complejidad de los elementos que definen su campo de acción: situaciones de urgencia, accidentes, operaciones quirúrgicas complejas, así como también los elementos y las habilidades específicas que requiere la interacción médico-paciente. En este marco, el recurso pedagógico a la simulación de casos clínicos a cargo de actores y actrices, convive con otros dispositivos: ‘fantomas’ (muñecos) utilizados para el ejercicio de exámenes físicos específicos y técnicas computacionales diseñadas para la práctica de operaciones quirúrgicas.⁹

Las prácticas de simulación clínica con Pacientes Simulados han sido estudiadas casi exclusivamente desde la perspectiva de la propia educación médica. En este estudio, como hemos señalado, proponemos reflexionar sobre ellas desde una perspectiva teatral. Para ello, en primer término, nos interesa escuchar las comprensiones que la literatura médica ha venido elaborando en relación a la implementación y desarrollo de esta técnica. En este rodeo que desplegaremos en las siguientes páginas, destacan los siguientes asuntos. Se visualiza una fuerte tendencia a valorar la Simulación Clínica y el trabajo con Pacientes Simulados, como una técnica orientada a la construcción de espacios de aprendizaje y evaluación ‘objetivos’ justificada por su posibilidad de implementar escenarios controlados de docencia. Desde otra perspectiva, pero en menor medida, identificamos cómo la propia literatura médica visualiza en el trabajo con Pacientes Simulados una oportunidad para configurar escenarios de aprendizaje prácticos, ricos en experiencia, donde los estudiantes, sobre todo aquellos que se

⁹ Recientemente el diario chileno *El Mercurio* dio a conocer a Hal y Noelle, dos nuevos simuladores que implementa la educación médica en nuestro país. El primero corresponde a un maniquí simulador que representa a un hombre con dificultades respiratorias y cardíacas, y la segunda una mujer embarazada que permite simular un parto con complicaciones. Estos simuladores que pueden ser manipulados por los mismos docentes por medio de un control remoto inalámbrico, son utilizados en las universidades Diego Portales, Finis Terrae y Autónoma de Chile, y en la Posta Central de Santiago. Ver “Hal y Noelle, los pacientes de lujo que se toman las clases de medicina”. *El Mercurio*, 1 de febrero 2014 (p.7).

encuentran en etapas tempranas de formación, tengan ocasión de ensayar el ámbito de la clínica médica, previo a enfrentar pacientes reales.

Junto a lo anterior, observamos un tercer asunto que motiva nuestra reflexión. Se trata de la pregunta por el modelo operante en el trabajo de Pacientes Simulados y la implementación de las prácticas de Simulación Clínica. Identificamos aquí la opción por un modelo ‘realista’ que se origina cuando la educación médica decide reemplazar al paciente real por un actor que toma su lugar y representa una determinada patología para implementar situaciones de aprendizaje y evaluación. En esta suerte de reemplazo o sustitución del paciente real por el Paciente Simulado y del diseño de escenarios o situaciones específicas de evaluación y aprendizaje, algunos autores señalan que su éxito descansaría en su cercanía al comportamiento de un paciente real y a la similitud que la situación de interacción tenga respecto a lo que sería una entrevista clínica en cualquier contexto médico. Por el contrario, y respondiendo a esto, otros autores sugieren que la simulación clínica no puede ser pensada únicamente en relación a su referente, la relación médico paciente, sino a los objetivos actuales que la orientan: los procesos de enseñanza y aprendizaje médicos.

A continuación nos interesa profundizar en los puntos señalados de modo de especificar las preguntas iniciales que propone esta investigación.

1.1 El control del aprendizaje y el aprendizaje en acto

Las primeras experiencias de simulación clínica con Pacientes Simulados son desarrolladas a comienzos de los años ’60 por el neurólogo y docente norteamericano Howards S. Barrows, de la Universidad of Southern California. Para la configuración de escenarios de evaluación y enseñanza de competencias clínicas¹⁰, Barrows prepara a un

¹⁰ Las competencias clínicas dicen relación tanto con el conocimiento médico semiológico de una enfermedad referido a los signos y síntomas que permiten reconocerla, así como también con los aspectos comunicacionales de la relación médico paciente (Moore y Gómez, 2007; Moore et al., 2010).

grupo de personas cuya tarea consiste en representar de manera sostenida y controlada un caso clínico estándar. Ello, con el objetivo de desarrollar un trabajo de aprendizaje y evaluación que posea cierta objetividad. El problema que visualiza el docente en la enseñanza con pacientes reales es la improbabilidad de contar con pacientes que aun teniendo la misma enfermedad comuniquen sus síntomas de la misma manera. Es decir, si bien un docente puede reunir a un grupo de cinco personas que sufren de diabetes, cada cual relatará los síntomas en tensión con su propia biografía. Se entiende entonces que la complejidad de cada caso es particular, y por lo tanto se hará difícil evaluar a los estudiantes bajo un ‘instrumento’ que posea las mismas características y variables (Barrows, 1993). El trabajo con Pacientes Simulados propuesto por Barrows responde entonces a la posibilidad de configurar una suerte de ‘instrumento’ de evaluación que garantice que cada estudiante sea ‘enfrentado’ a un mismo paciente o caso clínico¹¹.

Siguiendo con esta búsqueda, en los años ’70 el escocés Ronald Harden de la Universidad de Dundee, elabora un sistema de evaluación que lleva por nombre “Objective structured clinical examination” (Harden et al., 1975)¹². El examen, conocido bajo la sigla OSCE y utilizado en diversas Facultades de Medicina a nivel mundial,

¹¹ Cabe señalar que la clínica médica dice relación con todo ámbito de contacto con el paciente, sea presencial o mediado por exámenes médicos físicos y tecnológicos. Se trata de un terreno que se resiste a ser ‘medido’, al estar atravesado por la subjetividad de las personas que componen la relación médico paciente, en especial por la subjetividad de este último. Uno de los estudios fundamentales sobre la clínica médica lo desarrolla Michel Foucault. No nos detendremos a discutir en profundidad su investigación, pero sí anunciaremos su hipótesis principal para posicionarla en el horizonte de esta tesis. En *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, el sociólogo francés revisa el giro experimentando por la medicina en el siglo XVIII. Se trata de la emergencia de la medicina moderna y de una clínica que se funda en la mirada vigilante del médico frente al paciente, en la traducción de la enfermedad a un lenguaje científico y a una nueva racionalidad médica. Esta racionalidad estaría caracterizada por el criterio de clasificación de las enfermedades, de una precisión y objetividad respecto al fenómeno patológico que arriesga la reducción de la persona a un mero caso clínico (1963). Esta misma preocupación, anunciada tempranamente por Foucault, la retoma el médico chileno Reinaldo Bustos. La tesis central de su libro *Las enfermedades de la medicina: el sacrificio del sujeto en las prácticas médicas modernas*, discute la tendencia de la medicina actual a olvidar la subjetividad y la experiencia personal de quien padece una enfermedad. En palabras de Bustos, se trata del sacrificio del “hombre total” ante la ansiedad de eliminar y controlar el caos que caracteriza el fenómeno patológico (1998, p.12).

¹² Este examen es utilizado desde entonces a la fecha en diversas facultades de medicina y de otras carreras del área de la salud. En Chile desde el año 2000 es implementado en un proyecto conjunto de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Departamento de Medicina de la Universidad de Chile (Moore y Gómez, 2007).

consiste en estaciones donde los estudiantes o médicos en proceso de evaluación deben desempeñarse frente a un Paciente Simulado que presenta un determinado caso clínico. Las estaciones –llevadas a cabo en box de consultas con sistema de espejo unidireccional que permiten que quien observa quede oculto a la visión de quien realiza la entrevista clínica– son simultáneas, es decir, un grupo de estudiantes o médicos se enfrentan al mismo tiempo a un caso clínico representando por más de un Paciente Simulado. El objetivo del examen es evaluar el desempeño clínico de los estudiantes de “manera sistemática, estandarizada y cuantificable” (Adamo 2007, p.264, la traducción es nuestra).

Son varias las variables que convergen en la llegada de Pacientes Simulados a la educación médica. Por un lado, la búsqueda de reducir la posibilidad de dañar a un paciente realmente enfermo, por someterlo a una situación de exposición y desgaste. Lo que tiene como correlato el desarrollo creciente de la sensibilidad social respecto de los derechos de los pacientes. Por otro, el aumento exponencial de estudiantes en formación y el problema de garantizarle a estos estudiantes campos prácticos donde puedan desarrollar sus primeras experiencias clínicas. En este sentido, con la presencia de Pacientes Simulados, la educación médica instaura un sistema que permite sortear la complejidad del trabajo con pacientes actuales o reales.

En lugar de conseguir un grupo de pacientes crónicos estables, que tengan más o menos las mismas características, se escoge preparar cuidadosamente a personas que hayan sido pacientes, o bien a actores y actrices acostumbrados a la tarea de representación, para presentar un determinado caso clínico e interactuar desde ello con los estudiantes. Con este gesto la educación médica gana la posibilidad de programar los casos que se utilizarán, por medio del diseño de una pauta y un protocolo de actuación preestablecidos, donde un Paciente Simulado repite una y otra vez la rutina prescrita. De este modo, el docente puede observar cómo se desempeña un grupo de estudiantes o médicos frente a un mismo caso. Esto, como hemos indicado, resulta especialmente difícil en el horizonte de la interacción médico paciente, al estar atravesada por la

subjetividad del paciente, por una manera particular de narrar sus síntomas y por los aspectos impredecibles que caracterizan la situación de enfermedad¹³.

Los sujetos que simulan la enfermedad son entrenados en forma específica no sólo para representar el contexto de la situación clínica, sino que la representan siempre de la misma manera para cada estudiante, es decir, deben actuar de una manera estandarizada, sin improvisar, independientemente del profesional que tengan enfrente. Aunque pueden adaptar sus respuestas a quienes los entrevistan, la cantidad de información y el cómo la entregan se encuentra predeterminada. Existe un patrón comunicativo que se adecua a normas muy estrictas, presentando siempre datos semiológicos predeterminados, y de hecho, su propio aspecto, y en lo posible sus rasgos físicos, han sido seleccionados para ajustarse a los requerimientos del guión que representan. (Palacios, 2007, p.102-103)

La literatura médica destaca una serie de ventajas en el ‘uso’ de pacientes simulados: el entrenamiento cuidadoso y la precisión en la representación de los casos; la posibilidad de repetir de manera estandarizada sus síntomas; la disponibilidad, pues al no estar realmente enfermos pueden asegurar dentro de un margen más amplio su asistencia a la actividad; y también la reducción del riesgo de incomodar a un paciente enfermo quien ya se encuentra atravesando una situación de vulnerabilidad (Palacios, 2007; Adamo, 2007; Barrows, 1993; Quezada y Prado, 2005).

Con los años y acorde a la creciente valoración de la función que desempeñan los Pacientes Simulados, se introducen nuevas terminologías para nombrar de manera más específica las ventajas de trabajar con este recurso: Pacientes Estandarizados y Pacientes Entrenados. El primer concepto enfatiza la capacidad de un grupo de actores o personas comunes para preparar y representar un caso clínico de la misma manera, cuidando con

¹³ Para profundizar al respecto consultar: Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; Bustos, R. (1998). *Las enfermedades de la medicina: el sacrificio del sujeto en las prácticas médicas moderna*. Santiago de Chile: Eds. ChileAmérica CESOC.

precisión tanto los gestos como el relato de los síntomas. El segundo término, busca invisibilizar el énfasis en el carácter simulado del paciente, relevando más bien la especialización de una persona común o de un actor entrenado para presentar un caso clínico de manera precisa y en vistas de su replicación. Dicho de otro modo, tanto el paciente estandarizado como entrenado requieren de un trabajo de formación especializada para narrar una historia clínica coherente, para saber reaccionar a las preguntas del estudiante y para repetir en más de una ocasión y de manera idéntica el mismo caso clínico (Adamo, 2007 y Barrows, 1993).

Desde los años '60 a la fecha, el trabajo de actores o personas que se desempeñan como Pacientes Simulados se ha profesionalizado, pasando de ser un voluntariado, a una tarea especializada y remunerada donde los actores ocupan el lugar más destacado (Adamo, 2007, p.266). Esta función requiere de un entrenamiento cada vez más riguroso, que incluye una capacitación específica —tarea que en términos teatrales podría nombrarse análogamente como una dirección escénica, una dramaturgia y una técnica de actuación— dirigida a presentar un caso clínico de manera coherente, colaborando con ello en la construcción de la situación clínica para el aprendizaje y evaluación de los estudiantes.

Retomando la idea anunciada al comienzo de este capítulo, se puede decir que en términos globales, y especialmente en el horizonte de la inclusión de Pacientes Simulados para la evaluación de competencias clínicas de estudiantes y médicos en formación, observamos una insistencia de la literatura médica respecto a la contribución del recurso para la generación de escenarios de 'control' del aprendizaje y la enseñanza. Espacios que se constituyan como 'marcos seguros' en un doble sentido: resguardando la posibilidad de causar molestias a un verdadero paciente, así como también protegiendo al propio estudiante en práctica o médico en formación de cometer alguna

falta o negligencia frente a un paciente real en una sociedad donde los derechos de los pacientes cobran cada vez más preponderancia¹⁴.

Si bien una de las mayores ganancias que la educación médica observa en el trabajo con Pacientes Simulados es la posibilidad de lograr evaluaciones y situaciones de aprendizaje ‘objetivas’ y ‘replicables’, la propia literatura médica comienza a sugerir que la participación de actores y actrices favorecería también la apertura de un nuevo escenario para el aprendizaje clínico (Adamo, 2007; Palacios, 2007; Quezada y Prados, 2005; Rodríguez-Díez et al., 2012; entre otros). Se trataría de una instancia orientada al apresto de los estudiantes, dedicada al desarrollo de habilidades clínicas y comunicacionales previo a enfrentar a verdaderos pacientes. En palabras de Barrows:

El trabajo con Pacientes Simulados se concibe como un momento de transición para los estudiantes previo al encuentro con pacientes reales. La instancia les permite a los estudiantes no tener vergüenza por ser novatos y aprender a tomar la entrevista y el examen físico de manera práctica. (1993, p.444, la traducción es nuestra)

Así, este escenario protegido no solo pondría en movimiento una posibilidad de control de los casos clínicos, sino también una oportunidad para que el estudiante desarrolle un aprendizaje introductorio por medio de ejercicios representativos que le permitan “aprender haciendo”, sea representando el rol de médico u observando cómo otro interactúa con un paciente (Bradley y Postlethwaite, 2003, p.2). El supuesto en juego, basado en un enfoque constructivista y situado del aprendizaje¹⁵, es que por

¹⁴ En Chile se trata de una preocupación aún incipiente. Es recién en octubre del año 2012 que entra en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes. Para más información ver Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes (Ministerio de Salud, Web).

¹⁵ La idea de “aprendizaje situado”, dentro de un enfoque constructivista, ha sido desarrollada en los últimos años en el campo de la educación. Como señala Diana Sagástegui, la idea de lo “situado” en relación con los procesos de aprendizaje responde al siguiente supuesto:

La educación no es el producto de procesos cognoscitivos individuales sino de la forma en que tales procesos se ven conformados en la actividad por una constelación de elementos que se

medio de estos ejercicios el estudiante se involucra de manera activa en el aprendizaje, construye sus propios significados a partir de la experiencia y desarrolla puentes entre la teoría y la práctica médica (Bradley y Postlethwaite 2003; Churchouse y Rudd, 2008).

En la línea de lo anterior, las docentes y especialistas en educación en salud Paula y Esa Poikela, señalan que la simulación como técnica pedagógica permitiría explorar otras formas de aprender basadas en múltiples sentidos: mirar, escuchar, sentir, probar, oler, tocar, hacer, imaginar y realizar (2012, p.8). En este sentido las instancias de docencia con Pacientes Simulados pueden ser observadas en analogía con un juego de roles orientado tanto a que los estudiantes apliquen y practiquen su conocimiento semiológico-patológico, como también a que adquieran las capacidades sociales requeridas para la interacción con el paciente (2012, p.33). A diferencia de la valoración de la literatura médica sobre la ventaja de los Pacientes Simulados como instrumento ‘objetivo’ de evaluación y docencia, estas últimas miradas proponen considerar este trabajo en la novedad de abrir escenarios prácticos y performativos de aprendizaje.

1.2 El realismo como límite

Desde la educación médica y de modo específico, Graceanne Adamo señala que el Paciente Simulado deber ser capaz de proporcionar un “retrato realista de un paciente” (2007, p.262, la traducción es nuestra), de modo que el equipo médico-docente y los estudiantes no cuestionen la veracidad de la situación a la hora de participar en la interacción. En un sentido estricto, Fermín Quesada y José Antonio Prados declaran que uno de los aspectos que demuestra la validez de los Pacientes Simulados como recurso

ponen en juego, tales como percepciones, significados, intenciones, interacciones, recursos y elecciones (2004, p.31).

El aprendizaje situado correspondería entonces a un esfuerzo por lograr “una pedagogía que tienda puentes sólidos y flexibles entre los procesos educativos escolares y ‘la realidad’”, desarrollando instancias donde los estudiantes puedan construir sus propios aprendizajes a partir de la experiencia (2004, p.30). Ver Sagástegui, D. (2004). “Una apuesta por la cultura: el aprendizaje situado”. *Revista Sinéctica* 24. 30-39.

pedagógico es el hecho de que muchos profesionales no puedan diferenciarlos de pacientes reales (2005, p.2). Para alcanzar estos resultados, algunas casas de estudio llevan a cabo estrategias, tales como el caso de la Universidad de Kentucky, Estados Unidos, donde se reglamenta de manera explícita la interacción entre Pacientes Simulados y estudiantes por medio de una pauta que determina que los primeros permanezcan en todo momento en el rol de pacientes y que no socialicen con los estudiantes ni antes ni después de la actividad, de modo de mantener la ‘integridad’ de la misma (Office of Medical Education).

Tomando las referencias anteriores, esta suerte de ‘realismo’ de las simulaciones es comprendido mayormente en términos de la cercanía de los simuladores, o de aquello que se simula, con un modelo a priori: para el paciente simulado el paciente realmente enfermo y para la situación de simulación, la interacción médico paciente en contexto cotidiano. Sin embargo, es posible identificar otras interpretaciones al respecto. Es el caso de un estudio que, desde el análisis conversacional propio de la Etnometodología¹⁶, explora el diálogo verbal entre Pacientes Simulados y estudiantes en el transcurso de la entrevista clínica. Anne De la Croix, coordinadora del estudio, cuestiona la idea de evaluar el realismo de la actuación del primero y de la actividad de simulación en su conjunto comparándola con aquella que tendría lugar entre un médico y un paciente realmente enfermo. Ello, pues los resultados del estudio demuestran que el Paciente Simulado es quien domina la interacción verbal, cuestión que rara vez ocurre en la relación entre médico y enfermo en un contexto institucional no simulado. Concluye entonces que el realismo no es un objetivo de la simulación, puesto que las entrevistas simuladas son herramientas educativas y no reproducciones exactas de la interacción médico paciente (2013, p.56).

En la línea de lo anterior, Peter Dieckman, David Gaba y Marcus Rall, expertos en psicología social, cuestionan las expectativas de la educación médica sobre el

¹⁶ Para más información ver: Garfinkel, H. (2006). *Estudios en etnometodología*. Barcelona: Anthropos Editorial.

desempeño de Pacientes Simulados acorde a un modelo de realidad objetivo, y entregan una variante crítica a esta visión señalando que:

Existe la creencia generalizada de que las experiencias de simulación (y su eficacia) mejoran proporcionalmente a medida que su precisión las lleva a ser *una réplica del mundo real*. En este supuesto, una simulación perfectamente realista se convierte en el patrón de oro. Este punto de vista ha sido criticado en varios campos de trabajo con simulación. . . . Y es que el éxito de la utilización de la simulación, ya sea para la educación, la formación o la investigación, depende de una amplia variedad de factores que escapan a la fidelidad o validez del simulador o de los procedimientos de simulación. (2007, p.183, el énfasis y la traducción es nuestra)

Siguiendo con el argumento de los autores, el énfasis en la credibilidad de la actuación de los Pacientes Simulados, pone entre paréntesis el hecho de que la simulación es una “práctica social, un evento contextualizado en el espacio y el tiempo, llevado a cabo para uno o más fines, que compromete no solo al simulador, sino a todas aquellas personas que participan de estas instancias. . .” (2007, p.184, la traducción es nuestra). Asimismo, Dieckman y la especialista en educación médica Paula Ylienemi, indican que si bien las prácticas de simulación clínica han sido descritas mayormente en términos de la ‘alta fidelidad’ a la interacción médico paciente real, el hecho de reducir su realismo podría ser una ventaja, en tanto el estudiante puede verse abrumado si la simulación es completamente realista e incluye todos los factores de un contexto clínico cotidiano (2012, p.40). Reforzando estas ideas los mismos autores señalan que es necesario considerar que las prácticas de simulación poseen sus propias reglas, asunto que las distingue de una situación en contexto de consulta u hospitalización médica (2012, p.40).

En vistas de lo enunciado, Dieckman e Ylienemi proponen explorar las simulaciones clínicas desde la perspectiva del psico y sociodrama del psicólogo Jacob

Levy Moreno, técnica orientada a la educación que permite abordar conflictos grupales por medio de la representación. Bajo esta visión, los participantes de una práctica de representación o simulación determinada saben que están en el marco de una situación que no es la “vida real”, pero que pueden abordar ‘como si’ lo fuese. Esta práctica permite que los estudiantes procesen e integren la situación mediante la acción y desde un punto de vista crítico (2012, p.19).

[M]uchos de nuestros tempranos aprendizajes sucedieron dentro de este contexto [juegos de simulación o también llamados “pretend play”]. Fueron puentes para el peligro, pero más importante aún fue un apoyo social: Si los chicos estaban escalando o haciendo equilibrios y se caían, más que evitar el dolor físico, era más importante que sus compañeros de juego sonrieran con ellos en vez de reírse de ellos. Y esto quiere decir tomárselo con humor, sin consecuencias reales. Los errores “no cuentan” y había muchas habitaciones para segundas oportunidades, para repetir los intentos. (Blatner, 2013, p.36)

Lo interesante de estas técnicas, tal como explica Adam Blatner en *Fundamentos teóricos del psicodrama*, es el énfasis en distinguir la situación de representación que opera en la simulación, de aquella que tiene lugar en la vida real. En esta distinción la simulación se caracterizaría por “proporcionar posibilidades que no están presentes [de modo evidente] en el mundo real”, pudiendo explorar y experimentar en diversas situaciones sociales hipotéticas donde las personas tienen la posibilidad de ganar en experiencia (Dieckman e Ylienemi, 2012, p.47, la traducción es nuestra).

En síntesis, si bien el abordaje de la literatura médica, desde una perspectiva ‘realista’, tiende a destacar la relevancia de proporcionar escenarios creíbles para los estudiantes o médicos en formación, que se asemejen a los contextos cotidianos de consulta, algunos autores sugieren la relevancia de respetar el grado de autonomía de la simulación clínica respecto a la interacción ordinaria entre médico y paciente. Sin embargo estas interpretaciones se encuentran menos presentes en la literatura médica que aquellas primeras, que definen el éxito del recurso acorde a su posibilidad de

realizar una mimesis, entendida en términos modernos, como la copia de un modelo preestablecido.

Cabe destacar que hasta aquí, y tal como veremos en el caso de la Escuela de Medicina UC, ha predominado un modelo realista para el desarrollo e implementación de las simulaciones que enfatiza en la credibilidad de las prácticas y en especial de la actuación de los Pacientes Simulados. A nuestro juicio, esta inclinación pareciera querer subsanar la ausencia del verdadero paciente como si se tratase de una pérdida de realidad más que de la ganancia de un nuevo escenario para la educación médica.

El artículo “Imaginary invalids: a theater of simulated patients”, uno de los escasos textos académicos publicados desde la teoría teatral sobre las simulaciones clínicas, Daniel Gerould –docente de Teatro y Literatura Comparada en The Graduate Center of the City University of New York (CUNY)–, sugiere tomar en cuenta que los binomios verdadero/falso y realidad/imaginación siempre han sido difusos en la propia práctica médica (1989, p.6). Siguiendo la propuesta de Jean Baudrillard, Gerould recuerda que “toda enfermedad es simulable y [que] la medicina ha sido un terreno privilegiado de simulaciones donde las diferencias entre lo verdadero y lo falso, lo real y lo imaginario, crecen borrosas” (1989, p.6, la traducción es nuestra). Enriqueciendo estas consideraciones, el autor propone pensar las simulaciones y el rol de los actores como Pacientes Simulados, en el contexto de una relación anterior entre la teatralidad y la medicina. Al respecto señala que el propio teatro ha mostrado en escena lo límites difusos entre la enfermedad como apariencia, como ilusión, y la enfermedad realmente padecida por alguien. Personajes como Argan, de *El enfermo imaginario* de Molière, o el protagonista de *Volpone* de Ben Jonson, dan testimonio de aquello; el primero teniendo una buena salud, pero creyendo estar enfermo, y este último fingiendo estarlo para manipular una situación a su favor. Las personas podemos hacernos pasar por enfermos, ciertos síntomas pueden expresarse sin la necesidad de padecerlos y todo enfermo que padece una determinada dolencia dramatiza su enfermedad frente al

médico¹⁷. En este sentido el académico estadounidense señala que “la teatralización cada vez mayor de la vida social y las posibilidades de mejorar el rendimiento de la práctica médica moderna son las condiciones previas de las simulaciones” (1989, p.9, la traducción es nuestra). El Paciente Simulado sería en este marco “la apoteosis del actor en un mundo de ilusiones manufacturadas” (1989, p.17, la traducción es nuestra). En definitiva, Gerould plantea que las simulaciones clínicas surgen porque la relación médico paciente posee una dimensión performativa y teatral previa: el paciente se presenta ante el médico en el escenario de la consulta (1989, p.10)¹⁸. La idea también es reforzada por Norma Trujillo-Chapa:

La medicina surge como parte de la necesidad de comunicación con el mundo mágico al que se le atribuye el origen de todas las cosas, y por ende, la enfermedad. Por su parte, el teatro nace de la necesidad de expresión que tiene el ser humano de comunicarse con sus similares y también con ese mundo mágico dueño de todas las cosas. . . El teatro se basa en el diálogo, ya sea entre actores, entre los elementos teatrales o entre el personaje y el público. La medicina también se basa en el diálogo, en el interrogatorio, principalmente en la entrevista médica, en donde se establece la relación médico-paciente. A pesar de todo esto hay que puntualizar una diferencia clave entre el acto médico y el acto teatral: el primero forma parte de la realidad concreta, el segundo, de una ficción. No obstante, los primeros

¹⁷Los sociólogos Marisol Verdugo y Tomás Arellano, en el contexto del proyecto interdisciplinario en que esta tesis se inscribe, investigaron el carácter dramático y teatral de la interacción médico-paciente en consulta. En este trabajo de práctica profesional, concluyen que “en las consultas médicas emerg[en] elementos posibles de relacionar con el carácter simbólico y ritual con que se ha caracterizado la cultura latinoamericana” (2012, p.53). Se trata de comprender la consulta como un evento social, de descubrir cómo el paciente narra y escenifica la enfermedad y qué papeles representa el médico en la interacción, entre otros asuntos (2012, p.53-55).

¹⁸A fines del siglo XIX el médico psiquiatra Jean-Martin Charcot transformaría el asilo de Salpêtrière de París en un verdadero escenario teatral. Para estudiar el comportamiento de la histeria padecida por mujeres, Charcot realizaba demostraciones públicas de sus pacientes a las que asistían no solo médicos que estudiaban el tema, sino también escritores y actores, entre ellos la propia Sara Bernhardt (Gerould, 1989, p.13).

vínculos se gestan en la Grecia Antigua, origen común de la medicina científica premoderna y del teatro. (2008, p.21)

En este sentido, a fines de los años '80, cuando las prácticas educativas de simulación clínica comenzaban a asentarse en la mayoría de las universidades de Estados Unidos, Daniel Gerould propone mirar este fenómeno en términos de una escena teatral intermedia entre la realidad y la ficción¹⁹. Y es que en las simulaciones, según lo expuesto por Gerould, tiene lugar un ir y venir entre realidad y ficción. El carácter de representación de las simulaciones, en tanto implican una cierta eficacia al estar orientada al aprendizaje y a la evaluación médica, permite a la medicina ganar un espacio que, al igual que cualquier forma de teatro, se distancia de la realidad ordinaria, configurándose como un “mundo/obra semiautónoma, protegida de la realidad [del dolor real de enfermos y convalecientes]” (Gerould, 1989, p.14, la traducción es nuestra). Esta propuesta que concibe las simulaciones clínicas como marcos donde converge lo real y la ficción, resuena en prácticas que la propia escena teatral desarrolla en el transcurso del siglo XX y el actual siglo XXI. Y es que justamente “los excesos de la cultura simulacral”, como señala el investigador de la escena José Antonio Sánchez, llevaron al teatro a “recuperar una distinción nítida entre realidad y ficción, sin que ello impli[case] la renuncia a jugar con ambos elementos” (2007, p.9).

1.3 Resonancias para el teatro

¹⁹Sin embargo plantea que las simulaciones médicas se distinguen de una forma de teatro tradicional, puesto que en ellas el actor no está contenido y resguardado por grandes indumentarias, sea vestuario, maquillaje o una gran escenografía. Ello, a modo de un “teatro pobre” en el que “los actores únicamente cuentan con su cuerpo disciplinado” (Gerould, 1989, p.11, la traducción es nuestra). Asimismo según Gerould la simulación, a diferencia de un teatro tradicional, no posee una dramaturgia a la que los actores puedan atenerse para anticipar la escena en su totalidad. La performance se basa en ciertos lineamientos referentes al historial médico y a los patrones de la entrevista clínica, pero se encuentra abierta a la improvisación (1989, p.11).

En las páginas anteriores, hemos revisado cómo la literatura médica analiza el trabajo de Simulación Clínica con Pacientes Simulados. Al respecto observamos tres insistencias que nos parecen relevantes pensar desde una perspectiva teatral. En primer lugar, un punto de vista predominante de la literatura médica, que identifica en el Paciente Simulado un ‘instrumento objetivo’ de evaluación y docencia, siempre ‘disponible’ para ser utilizado. Al mismo tiempo, pero desde una mirada más bien incipiente, la propia literatura médica desarrolla reflexiones que buscan ir más allá de la propuesta anterior, valorando el trabajo con Paciente Simulado como la posibilidad de implementar un escenario pedagógico, para que los estudiantes se apresten al encuentro clínico con el paciente. Ambos énfasis nos llevan a pensar qué tipo de acción es aquella que la simulación clínica escenifica y cómo es que se caracteriza este aprendizaje de los estudiantes atribuido a las prácticas de simulación: ¿se trata solamente de un modo que la educación médica ha encontrado para ‘controlar’ el riesgo de la situación de comunicación médico paciente? ¿Es el Paciente Simulado simplemente un sustituto del paciente real? ¿Hay otras posibilidades que en juego en esta apertura de nuevos escenarios de aprendizaje que ha precipitado la simulación clínica?

El tercer énfasis mencionado, fue la discusión sobre el realismo más o menos estricto al que deben apegarse los Pacientes Simulados y las prácticas de simulación. Realismo cuya pretensión es la cercanía de estas con el modelo o referente al que responden (paciente real y situación médico paciente cotidiana), de modo de resguardar la credibilidad de este recurso para la docencia. A nuestro juicio, revisar esta discusión desde un punto de vista teatral, explorando las tensiones y relaciones entre teatralidad y simulación, permitirá a la educación médica una ganancia comprensiva respecto a la complejidad de estas prácticas.

Finalmente, quisiéramos indicar que, a nuestro entender, cada uno de los énfasis mencionados en esta revisión de cómo se ha descrito y estudiado la simulación clínica con pacientes simulados en el campo médico, sugieren que el teatro, o más precisamente la teatralidad, no estaría ajena a estas prácticas. No es solo que en ellas, al igual que en el

teatro, se haga presente un actor, sino también que la propia práctica teatral ha debido vérselas con problemas similares a los señalados. Se ha pensando la escena como un espacio supeditado o controlado por un texto teatral que la antecede, o un espacio abierto a su nivel performativo, es decir a aquello que acontece en el momento mismo de la representación. Al mismo tiempo, el teatro ha vivido etapas en su propio desarrollo donde creadores han comprendido el realismo como el apego a un referente externo a la escena y a la necesidad de ocultar el artificio de la ficción, mientras que otros se han propuesto con ímpetu develar la teatralidad al espectador, mostrando los hilos que construye la situación ficcional. Comprendemos que todos estos puntos ameritan un estudio desde el teatro que se atreva a pensar la simulación como práctica escénica que recurre a la teatralidad para fines de la formación clínica de futuros médicos.

Junto a lo anterior, cabe destacar que las prácticas de simulación clínica, aun desde la literatura médica, han sido escasamente abordadas a la luz de casos empíricos. Más bien se proponen discusiones generales sobre el tema, dejando fuera la revisión del desarrollo y la implementación actual de estas técnicas. En el caso chileno, la literatura sobre este fenómeno es considerablemente sucinta. Aun cuando la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile lleva trabajando hace más de quince años con Pacientes Simulados, la difusión y reflexión sobre cómo se llevan a cabo estas prácticas es escasa. Ambas evidencias justifican la relevancia de estudiar cómo se desarrolla el trabajo con Pacientes Simulados desde un caso de estudio específico, tal como lo propone esta investigación, que nos permita contrastar las discusiones desplegadas en los antecedentes con el material empírico recogido en la experiencia de observación situada de un grupo de prácticas desde su contexto específico.

II. PUENTES TEÓRICOS ENTRE SIMULACIÓN Y TEATRALIDAD

Como hemos señalado en el apartado anterior, proponemos comprender la Simulación Clínica con Pacientes Simulados en analogía a un fenómeno escénico orientado a fines propios de la educación médica. Para ello, en primer término nos parece necesario pensar las relaciones y distinciones entre la noción de simulación y la de teatralidad, de modo de esclarecer cuál sería la ganancia reflexiva de este ejercicio analógico. Pensando con lo anterior, si se trata meramente de un cambio conceptual o junto con ello de un nuevo punto de vista para revalorar las simulaciones clínicas y en específico la cuestión de su realismo.

La llegada de Pacientes Simulados a la educación médica, como revisamos en el capítulo precedente, surge en parte ante la necesidad de generar marcos de evaluación y de docencia ‘controlados’, que puedan servir de contención para actividades con fines pedagógicos. En este sentido, el verdadero paciente no es postergado en los primeros años de formación de los estudiantes, o en circunstancias específicas de la educación médica, solo en razón de temas éticos referidos a la protección de la vulnerabilidad de la persona enferma, sino también por la necesidad de contar con un paciente que tenga una enfermedad controlada, en ‘su punto’, tal cual el docente lo necesita para dar a conocer a los estudiantes un cuadro clínico específico, así como también para que este experimente o se aproxime a la relación médico paciente en contexto de consulta. ¿Se trata aquí de un ejercicio de simulación o de un ejercicio escénico teatral? ¿Habría alguna distinción relevante que iluminar para comprender lo que acontece en las prácticas de simulación clínica?

2.1 Simulación y teatralidad: alcances y distinciones

Posicionándonos desde el sentido común, las distinciones entre simulación y teatralidad no parecen evidentes. Tanto simular como teatralizar, o en lenguaje

cotidiano, hacer teatro, corresponden a acciones que comúnmente asociamos a fingir y engañar. Revisando la noción de mimesis teatral, Matthew Potolsky señala que desde sus inicios el teatro ha estado tensionado por un “prejuicio antiteatral” que se manifiesta en términos de un “malestar ontológico, entendido como un miedo profundo a lo teatral en todos los aspectos de la vida” (2006, p.73, la traducción es nuestra). Y es que, en palabras de Bralic, “desde muy antiguo el teatro ha sido puesto del lado del histrionismo y de los ‘hipócritas’, y los actores y actrices han sido despreciados socialmente como quienes se han puesto del lado peligroso y oscuro de la ficción, del artificio, del ‘como si’, del engaño” (2012-2014, s/p). La propia práctica teatral y los teatristas, en ciertos periodos de su historia, han entendido la teatralidad en términos de mera artificialidad que es necesario encubrir a ojos del espectador (Gran y Oatley, 2002)²⁰.

Para revisar las ideas asociadas al término de simulación, el filósofo y sociólogo Jean Baudrillard (1929-2007) resulta una referencia ineludible. En *Cultura y simulacro*, ensayo publicado a fines de los años '70, el pensador francés establece la idea de simulacro y simulación como clave para comprender la cultura posmoderna. Introduce su escrito a partir de un cuento breve de José Luis Borges que caracteriza como “la más bella alegoría de la simulación” (1978, p.5), donde el mapa de un imperio sustituye a la perfección a su propio territorio, no quedando diferencia entre ambos. La discrepancia

²⁰ En “The Fall of Theatricality in the Age of Modernity”, Anne Britt-Gran y Diane Oatley sostienen la idea de que la modernidad estuvo marcada por una anti- teatralidad, la cual no solo refiere al ocultamiento en escena de todo índice de artificio, sino también de la autonomía de la obra respecto del espectador. Esto último lo explican recurriendo a las pretensiones de Diderot de crear un cuadro donde los actores parecieran no estar conscientes de que son observados, es decir, que la audiencia se mantuviese totalmente separada de aquello que ocurre en escena. Según las autores, a fines de 1800, lo anterior sería reforzado por el gesto de atenuar la luz del lado de los espectadores y la configuración de la cuarta pared (2002, p.259). Esta última, convención orientada a resguardar la ficción del lado de la escena, de modo de fomentar la idea de esta como “copia mimética del mundo” (Potolsky 2006, p.75, la traducción es nuestra). Ahora bien, pese a lo anterior, Gran y Oatley recuerdan que en la historia del teatro es posible remitir a otros modos y convenciones teatrales, como por ejemplo en el teatro isabelino o el teatro francés del siglo XVII, donde la relación actores-espectadores tuvo otras cualidades: el público se sentaba en el escenario, emitía comentarios en voz alta mientras la obra se desarrollaba, aplaudía durante la performance o solicitaba a los actores que repitiesen una escena en función de sus deseos (2002, p.258-260).

de esta fábula con la cultura posmoderna, según Baudrillard, es que en esta última “la abstracción ya no es la del mapa, la del doble, la del espejo o la del concepto” (1978, p.5). La simulación, en este nuevo imperio, corresponde más bien a una indiferenciación entre el real y su representación:

[L]os actuales simulacros. . . intentan hacer coincidir lo real, todo lo real, con sus modelos de simulación. . . . El aspecto imaginario de la representación . . . es barrido por la simulación—cuya operación es nuclear y genética, en modo alguno especular y discursiva. (1978, p.6)

Así, desde la perspectiva de Baudrillard, la simulación disuelve las distinciones entre representación y realidad, “envuelve todo el edificio de la representación tomándolo como simulacro” (1978, p.13-14). Ya no nos enfrenta a una operación de “imitación, ni [a una] reiteración”, sino a “una suplantación de lo real por los signos de lo real” (1978, p.7). Dicho de otro modo, en este marco, la representación se ha diluido en tanto modo de aproximación a lo real.

Según el filósofo francés, desde una perspectiva histórica, el simulacro extrema cada vez más su carácter de simulación. En un primer momento, se configura en el orden de la falsificación, “del doble, del espejo, del juego de las máscaras y de apariencias”, donde se mantiene la diferencia entre el modelo y la copia de modo de salvaguardar “la verdad del original” (en Váskes, 2008, p.199). Ya en una segunda etapa, el simulacro opera en el orden de la producción, donde el énfasis no está en crear la copia sino en reproducirla: “se acabó el teatro barroco, comienza la mecánica humana” (en Váskes, 2008, p.190). Y finalmente, en el contexto de la posmodernidad, el simulacro corresponde al tercer orden, el de la simulación: “se acaba la representación: no más real ni referencia a que contrastarlo” (en Váskes, 2008, p.200).

Si pensamos desde la perspectiva anterior, y a riesgo de reducir la reflexión a una comparación superficial, en el caso del teatro y su historia pareciera darse un movimiento contrario al del simulacro. En vistas de comprender la compleja relación entre el teatro y lo real, el investigador escénico José Antonio Sánchez, sugiere revisar la trayectoria del realismo teatral moderno. En este ejercicio, el autor da cuenta de cómo

las propias artes escénicas también han buscado en ciertos momentos de su historia “reducir la distancia entre lo real y su representación” por medio de operaciones que favorezcan en el espectador la impresión de estar observando un fragmento de la vida misma (2007, p.22). No se trata entonces simplemente de una sospecha ante lo teatral presente en el lenguaje cotidiano, asociada a las ideas de engaño y fingimiento, ni tampoco vinculada exclusivamente a la idea del simulacro. Se trata de un asunto que resuena en un momento fundamental de la propia praxis teatral; tanto el realismo naturalista del fines del siglo XIX y principios del XX, como el impresionista, cuyo máximo expositor fue Konstantín Stanislavski, buscaron, con sus distinciones, esconder el artificio de la escena, de modo de no atentar contra la verosimilitud del acto teatral (Sánchez, 2007, p.27). En el caso del teatro naturalista, asociado al modelo racional propio de un paradigma científico positivista, lo real se identifica con el mundo material, quedando la imaginación al margen. El teatro impresionista, a su vez, erige su efecto de realidad a través de la inclusión de los procesos psicológicos de los personajes y de las minucias de la vida cotidiana: “de lo que se trata mediante el recurso al detalle no es de mostrar la imagen objetiva de la persona”, como lo pretendió el naturalismo, “sino de crear una atmósfera que permita al espectador la recreación del efecto de vida” (Sánchez, 2007, p.33)

Sin embargo, durante el siglo XX, la construcción de la ilusión teatral prácticamente indiferenciable de la vida real, donde “la vida transcurría sobre la escena con una simplicidad que parecía que estábamos espiando lo que ocurría en el escenario a través de la rendija de una puerta o una ventana” (Danchenko en Sánchez, 2007, p.33), entra en profunda crisis. Sus fundamentos descansan tanto en la aparición del cine, y su posibilidad de alcanzar un simulacro de lo real mucho más efectivo que el teatral, así como también en la ocurrencia de acontecimientos históricos y políticos que cuestionan la realidad social y la posibilidad de su representación²¹. Lo interesante aquí, es que

²¹ Se trata de la crisis de la representación social que, en el caso de las artes y de la mano de las vanguardias del siglo XX, cuestiona el estatuto de la obra artística y su posibilidad de acceder a una imagen del mundo entendido como entidad estable y unitaria. Ver Harriague, F. et al (2003). “Teatro y

surgen paradigmas teatrales que buscan justamente un giro en la consideración de la teatralidad de la puesta en escena ya no como una ‘amenaza’, como en el realismo, sino como garantía para que el espectador pueda emitir un juicio reflexivo respecto a lo que observa, realizar un ejercicio comprensivo y crítico de aquello que se le muestra en escena. Es el caso de directores como Vsévolod Meyerhold y Bertolt Brecht, quienes por medio de diversos mecanismos escénicos, buscan que el espectador recuerde constantemente “que está en el teatro y que tiene delante a un actor con pleno dominio que representa su rol” (Féral, 2004, p.98).

Tomando lo señalado hasta ahora desde la perspectiva de Baudrillard, se puede afirmar que el simulacro posmoderno tiende a borrar las diferencias entre lo representado y su representante, cuestión que resuena en el modelo de las simulaciones clínicas que, como hemos señalado, busca hacer pasar al Paciente Simulado por un verdadero paciente, intentando minimizar la distancia entre uno y otro. Los cambios acaecidos en el horizonte de la teatralidad que han venido a valorar el punto de vista escénico, la temporalidad y autonomía de la escena, permitiría que las prácticas de simulación y el trabajo de los Pacientes Simulados se comprendieran como un “espacio otro”²² (Féral, 2004, p.91), distinto al cotidiano, en este caso al espacio de la consulta médica. Ello, en vistas del proceso de enseñanza y aprendizaje que las prácticas movilizan. Revisaremos esta idea en las siguientes líneas.

crisis de la representación: del programa de la vanguardia histórica a una experiencia argentina”. *Inti: Revista de Literatura Hispánica* (57). Recurso electrónico.

²² Cabe destacar que Féral señala en su perspectiva que la idea del “espacio otro”, dado por la mirada del espectador que permite la emergencia de la ficción, de un espacio distinto al cotidiano, no es un dato exclusivo del teatro, también se encuentra presente en otras prácticas culturales, como el juego (2004, p.93). En palabras de la autora:

La condición de la teatralidad sería, entonces, la identificación (cuando ella fue deseada por el otro) o la creación (cuando el sujeto la proyecta sobre las cosas) de un “espacio otro” del cotidiano, un espacio que crea la mirada del espectador, pero fuera del cual él permanece. Esta división en el espacio que crea un afuera y un adentro de la teatralidad es el espacio otro. Es el fundamento de la alteridad de la teatralidad (2004, p.91)

Hacemos referencia a la noción de “espacio otro” propuesta por la autora, porque nos permite evocar cómo las simulaciones se configuran como un escenario de segundo orden respecto de la realidad, un espacio que se encuentra en referencia al ejercicio de la clínica médica, pero que puede gozar de cierta autonomía en su construcción de escénica.

Pensando las simulaciones clínicas en el marco del proyecto entre teatro y medicina en que este estudio se inscribe, Bralic ofrece una valiosa inflexión al cuestionar los asuntos que se encuentran implícitos en la noción de simulación. En esta tarea, la socióloga constata que el hecho de simular “nos habla de una acción en la que se viene a alterar el carácter de un acto o contrato, sustituyéndolo por un ‘símil’” (2010, p.2). Es decir, en una situación determinada, algo o alguien es suplantado por un sustituto que se posiciona como su reemplazante. A partir de esta definición, Bralic se pregunta específicamente por el tratamiento que se le otorga al símil o simulador. Dicho de otro modo, se cuestiona por la perspectiva desde la cual se realiza y comprende este acto de reemplazo de una cosa por otra. En términos de Baudrillard, y desde el simulacro en las coordenadas de la posmodernidad, la respuesta sería que el símil se configura en vistas de confundirse con el modelo, no quedando una distancia entre uno y otro (1978, p.57): el mapa se iguala al territorio, el paciente simulado se identifica con el verdadero paciente. Sin embargo Bralic observa otra alternativa. Si bien en el acto de simulación, el símil puede tener la pretensión de presentarse como “la cosa verdadera allí en juego, ocultando la relación de semejanza en una identidad” (2010, p.2), en este acto también se encontraría latente la posibilidad de establecer una relación de ‘semejanza’ que conserve la diferencia entre lo representado y su representante. Se trata de comprender la simulación como una operación que revela que el símil, aun cuando presenta una correspondencia con el objeto o la persona original, posee una autorreferencia y autonomía, una finalidad propia. Esto pareciera la vuelta al primer orden del simulacro, expresado por Baudrillard, en el cual todavía es posible conservar la distinción entre el modelo y la copia (en Váskes, 2008, p.199). Ello, con la salvedad, que esto no solo tendría como propósito resguardar la verdad del modelo, sino también la verdad propia del simulacro²³.

²³ Irina Váskes en su artículo “La transestética de Baudrillard: simulacro y arte en la época de la simulación total”, pensando en las relaciones entre simulacro y el campo de las artes, declara que no es posible desconocer el hecho de que la simulación en su pretensión de igualar la representación al modelo surge en primera instancia de la mano de las tendencias del realismo artístico. Sin embargo precisa que aun cuando “las ilusiones de perspectivas y de profundidad (espaciales y psicológicas)” buscan establecer

A nuestro juicio, la idea anterior permitiría comprender que el Paciente Simulado y la situación que se simula no pretenden identificarse totalmente con su referente o modelo, es decir el verdadero paciente y la consulta clínica, sino que mantiene una cierta distancia definida por su objetivo: el proporcionar un espacio otro para la docencia y evaluación médica.

Lo señalado dice relación con una re-visión que la propia disciplina teatral ha realizado sobre las operaciones centrales de la teatralidad. Se trata de la crítica a la comprensión de la mimesis teatral como la copia de una acción que está allá afuera, en un lugar más real que en el escenario mismo. Según Stephen Halliwell, esto correspondería a considerar solo uno de los aspectos contenidos en la mimesis artística, continuando con la discusión que ha marcado el pensamiento occidental: los dos enfoques atribuidos a Platón y a Aristóteles, donde el primero “imagina que el arte refleja el mundo tal como es, como copia de una realidad material fuera de la obra”, y el segundo, “que el arte es un ‘heterocosmos’ auto-contenido. . . donde las copias corresponden a formas de conocimiento y comprensión de las cosas” (en Potolovsky, 2006, p.3, la traducción es nuestra). Más allá de este binomio, Potolovsky ilumina otro aspecto de la mimesis teatral: su cualidad performativa, entendida, a grosso modo, como la presentación de algo para alguien. Y es que el teatro solo se completa en presencia del público, la teatralidad solo viene a existir “cuando se produce una separación entre los espectadores y los artistas, intérpretes o ejecutantes” (Schechner en Potolsky, 2006, p.74)²⁴.

una relación sólida con lo real, no lo hacen en términos de una “equivalencia” sino en el de una “interpretación y comentario” (2008, p.201). Y es que si bien, todo arte es un simulacro, se trata de un “simulacro dramático” que posee el poder de la ilusión: “el arte está hecho para seguir siendo ilusión; no puede ser la realidad misma o su reflejo mecánico, sino más bien el espejo hiperbólico del mundo real” (Váskes 2008, p. 210).

²⁴ También la investigadora alemana Erika Fischer-Lichte, desde los Estudios Teatrales, plantea una “estética de lo performativo” para aproximarse a fenómenos escénicos. Su perspectiva buscaría atender al “carácter de acontecimiento [de la escena, que] se articula y manifiesta en la copresencia física entre actores y espectadores, en la producción performativa de la materialidad y en la emergencia de significado”. Estos aspectos constituyen las “condiciones de configuración” de la escena (2011, p.359).

De la mano de la teoría teatral contemporánea, de autores como el recién citado Richard Schecher, Erika Fischer-Lichte y Oscar Cornago, entre otros, es posible observar que uno de los puentes más sólidos entre teatralidad y lo real, donde la teatralidad aparece en su carácter positivo y puede atisbarse su relación con la verdad, estaría fundado en el carácter escénico del hecho teatral. Entre los autores referidos, en el caso de Erika Fischer-Lichte desde los Estudios Teatrales, la perspectiva es radical. La autora propone considerar el hecho escénico como un acontecimiento totalmente autorreferencial que no estaría necesariamente ligado a un “contenido dado previamente” (2011, p.38)²⁵. En estas coordenadas, el concepto de representación, utilizado frecuentemente en el campo teatral, es desplazado por el de presentación, atendiendo a la crítica que se le hace al primero en tanto “remite a una realidad previa” - sea la del texto dramático o la de algún hecho social- que dejaría fuera del presente escénico al “fundamento de la representación, lo representado, lo que en la tradición metafísica se ha considerado su ‘verdad’” (Cornago, 2011, p. 17)²⁶.

Lo que nos interesa señalar, sin adentrarnos en los pormenores de la llamada crisis de la representación teatral, es que si enfocamos el hecho escénico, aquella situación que sucede entre actores y espectadores en un espacio y tiempo determinado, la teatralidad ya no estaría condenada a la “marca de lo falso” sino, tal cual lo proponía Nietzsche, a la “necesidad de verdad y por tanto de acontecimiento (de esa verdad)” (en Cornago, 2011, p.17). Quienes han sido formados como actores o directores teatrales distinguen en el teatro esta cualidad vinculada al nivel de la ocurrencia en escena. Sin ir más lejos, el destacado director teatral chileno, Rodrigo Pérez, propone, al desarrollar

²⁵ Fischer-Lichte utiliza el término *Aufführung*, que ha sido traducido en la edición española de *Estética de lo performativo* (2011) por “realización escénica”, y que el teórico teatral chileno Andrés Grumann interpreta como “acontecer del acontecimiento”. Ver: Grumann, A. (2008). “Performance: ¿disciplina o concepto umbral?: la puesta en escena de una categoría para los estudios teatrales”. Revista Apuntes de Teatro N°130: 126-139. Impreso.

²⁶ En el caso de las simulaciones clínicas, si bien esta investigación propone comprenderlas como situaciones escénicas en curso para destacar su estatus de verdad y no de mera simulación, se consideran como prácticas que no son totalmente autónomas de la ‘realidad’ social, en el sentido que se encuentran ligadas a favorecer una escena posterior a desarrollarse entre un médico ya formado y un paciente en un contexto futuro de consulta. Sin que ello signifique dejar de hacer referencia a la escena anterior, a la cual estaría referida la simulación.

algunas claves de su poética, que su tarea como director en el proceso de ensayo de las obras es disponerse a “permitir que las cosas ocurran” en la escena, mucho más que preparar de antemano aquello que quisiera hacer aparecer en ella; “permitir la “ocurrencia” de cosas. . . no en el sentido de que se te ocurran cosas, sino de que ocurran [en acto]” (2012, p.100-1).

Tomando la reflexión antes desarrollada es posible, a nuestro juicio, establecer que la relación entre simulación y teatralidad ha estado y sigue estando marcada por tensiones. Resistencias que van desde un teatro luchando “contra su identificación con un acto de ‘mera’ simulación de lo real” (Bralic, 2010b, p.2), a una simulación, tal cual lo expone parte de la literatura médica, que ve en la teatralidad -al hacer evidente los mecanismos escénicos-, una amenaza de quebrantar el estatus de realidad que requieren supuestamente estas prácticas para ser ‘creíbles’. Pese a esta diferenciación que es posible identificar entre teatralidad y simulación, se podría sugerir, tal cual lo propone Bralic y Gerould, un espacio común entre ambas. Se trata de observar que tanto la acción de simular, así como también la de teatralizar, no operan solo vía el discurso y el argumento verbal, sino también “en el nivel del mostrar, de un decir que aparece en virtud de una representación [en acto]” (2010, p.2). Dicho en estos términos, ambas prácticas, tanto la simulación como el teatro se configuran gracias a una escenificación y por medio de la escena²⁷. En este sentido ambas podrían estar contenidas en una de las definiciones que el director teatral polaco, Jerzy Grotowsky, propone como el mínimo indispensable del hecho escénico:

Eliminando gradualmente lo que se demostraba como superfluo, encontramos
que el teatro puede existir sin maquillaje, sin vestuarios especiales, sin

²⁷ Fischer-Lichte propone una distinción entre “escenificación” y “realización escénica”. La primera consistiría en un “proceso de planificación, ensayo y establecimiento de estrategias de acuerdo a las que ha de generarse la materialidad performativa de la realización escénica” (2011, p.373), mientras que la segunda tiene lugar en el momento del contacto con el espectador, de la “copresencia física de actores y espectadores” y de la percepción de este último (2011, p.372). La escenificación, señala Fischer-Lichte, aun cuando implica la definición de pautas que anticipan una suerte de estructura de la realización escénica, deja espacios abiertos. En palabras de la autora, la escenificación “[n]o está en condiciones . . . de establecer de manera definitiva [el] transcurso” de la realización escénica. Por ello “el concepto de escenificación tiene que incluir siempre la reflexión sobre sus propios límites” (2011, p. 373).

escenografía, sin un espacio separado para la representación (escenario), sin iluminación, sin efectos de sonido, etc. No puede existir sin la relación actor-espectador en la que se establece la comunicación perceptual, directa y “viva”. (2008, p.13)

En este sentido, considerando las simulaciones clínicas desde una perspectiva escénica, aquello que define su orientación es el propósito educativo para el cual son diseñadas. Dicho de otro modo, en estas prácticas educativas se espera que venga a acontecer un conocimiento ‘situado’ entre estudiantes y docentes, en cuyo acontecer colaboran activamente los Pacientes Simulados y que se sintetiza por medio de las relaciones escénicas entre actores y espectadores. La simulación en relación con la teatralidad, se establecería a favor de que tenga lugar una experiencia de aprendizaje ‘real’, en ‘acto’, para la educación médica, cercana a la idea de “conocimiento escénico” expresada por el investigador teatral Oscar Cornago:

No hay verdad del conocimiento que no pase por un aquí y un ahora concretos, que no pase por un presente escénico determinado por una serie de variables materiales que no son trasladables a ninguna otra situación; en otras palabras, el conocimiento depende del lugar, de la forma de estar en ese lugar, de los cuerpos que lo ocupan y el tipo de relaciones que se establecen entre ellos (2011, p.16).

En el sentido de lo anterior, y como se ha observado con anterioridad al revisar la literatura médica, si bien la situación de simulación salva al paciente de enfrentar un médico poco experimentado, y al aprendiz de médico del malestar del paciente con su posible exposición, ni el Paciente Simulado ni el estudiante en formación pueden eludir el hecho de que estando cada uno enfrente del otro, en su rol respectivo, deban disponerse a que 'acontezca' entre ellos una verdadera comunicación médico paciente.

2.2 Perspectivas para pensar la relación simulación y teatralidad

En el punto anterior nos hemos inclinado por sugerir que el paciente simulado y las prácticas de simulación no solo corresponden a un ‘sustituto’ del paciente real ante temas ético de protección de la persona enferma a ejercicios de docencia, o de otros factores mencionados como el creciente número de estudiantes y facultades de medicina que agota los campos clínicos. Tal como la propia literatura médica sugiere en parte, las simulaciones permitirían abrir un escenario nuevo para la docencia.

A continuación quisiéramos revisar dos perspectivas teóricas que nos permiten encaminarnos a comprender y complejizar la pregunta por el realismo de las simulaciones. La Perspectiva Dramatúrgica, liderada por el sociólogo canadiense Erving Goffman, y los Estudios de la Performance, uno de cuyos principales exponentes es el creador y teórico escénico Richard Schechner.

El problema que observamos en las páginas precedentes sobre la pregunta por el realismo de las simulaciones, aquel realismo gobernado por la necesidad de “ser lo más parecido a la realidad misma” al punto de que el paciente simulado se confunda con el real, es que esta visión descansa en el supuesto de que la realidad sería algo transparente, opuesto a la teatralidad. Los autores señalados, Goffman y Schechner, en sus respectivos contextos, nos permiten reflexionar sobre las dicotomías ‘realidad’ y ‘simulación’ que ha tendido a prevalecer en la valoración de la simulación clínica.

Frente al problema sugerido, el término teatralidad en diálogo con el de performatividad, han venido a ser considerados claves para describir e interpretar de qué modo se construye y acontece la vida social, y para discutir el prejuicio que observa lo teatral como pura falsedad (Potolsky, 2006; Bralic, 2010 y Balme, 2013). Esta consideración tiene lugar en el seno del llamado “giro lingüístico”²⁸ y posterior “giro a las prácticas” (Schatzki et al., 2001) que entre los años sesenta y ochenta impacta el campo de las ciencias sociales y las humanidades, y que dispone a la teoría social al estudio de cómo la sociedad aparece tensionada en el nivel de las interacciones

²⁸ Destaca aquí el trabajo de John L. Austin y sus “enunciados lingüísticos” que en diálogo con filósofos como Wittgenstein y con la sociolingüística, comprende al lenguaje no solo como instrumento por medio del cual la persona se comunica con el mundo, sino como acción creadora de realidad y sentido, y al habla como acontecimiento (Fischer-Lichte, 2011, p.47-49; Joseph, 1999, p.92-97).

humanas. En este marco, surge la llamada Perspectiva Dramatúrgica, que propone el estudio de las interacciones sociales por medio de conceptos de la teatralidad, postulando que en el terreno del encuentro entre personas nos enfrentamos, primero, a un fenómeno de representación, que no es transparente o natural sino que está socialmente construido, y en un segundo sentido, a una situación que requiere de un nivel escénico de presentación social entre actores y espectadores y no solo subjetivo.²⁹

En el caso de las artes escénicas y de los estudios teatrales, este nuevo énfasis de las ciencias sociales que viene a dar continuidad a las vanguardias artísticas de principios de siglo, precipita lo que se conoce como el “giro performativo”. Giro que implica una suerte de desplazamiento, caracterizado por el abandono de la primacía del texto teatral hacia la consideración de la escena como foco determinante de acción y estudio. Esto, posibilita la extensión de las fronteras del teatro hacia otro tipo de prácticas sociales también escenificadas (Sánchez, 2008; Balme, 2013; Fischer-Lichte, 2011; Cornago, 2011; y Grass, 2011). Se trata de la valoración ya no solo de los aspectos textuales del hecho teatral, sino de sus aspectos performativos, cuestión que viene gestándose en las artes escénicas a lo largo del siglo XX y que se vincula a una reconsideración del espacio, del cuerpo y de la relación con el otro como aquello que define la práctica teatral (Cornago, 2011, p.9; y Grass, 2011, p.103).

En tanto que “realización escénica”, el hecho teatral no puede ser entendido sino como aquello que se está haciendo en un escenario, es decir, frente a un público, durante un momento preciso, y lo que ahí está ocurriendo como resultado de unas acciones, de una organización del espacio y del tiempo, y sobre todo de la manera de relacionar unos elementos con otros . . . ahí pasa

²⁹ El sociólogo chileno Pedro Morandé, en un artículo publicado a fines de los años '80, anunciaba los vínculos indisociables entre la teatralidad y la cultura sosteniendo que “el núcleo de toda cultura está constituido por la representación de una obra, solo que en ella el público está también arriba del escenario, es decir, la representa la sociedad en su conjunto” (1989, p.85). Ver: Morandé, P. (1989). “Teatro y cultura latinoamericana”. *Apuntes de Teatro* (98): 84-95.

algo que se está escapando tan pronto como está sucediendo y que pertenece al orden de la experiencia. (Cornago, 2011, p.18)³⁰

El concepto de teatralidad viene a configurarse no “solo como objeto, sino como modo de estudio, como forma de mirar . . . en escena los mecanismos de producción de significados en su proceso de funcionamiento” (Cornago, 2011, p.12). En estas coordenadas surgen los llamados Estudios de la Performance, paradigma que se estabiliza a partir de los años '70 en el mundo angloparlante y donde destaca el investigador y director teatral Richard Schechner, quien en conversación con autores de las ciencias sociales, como el propio Goffman y el antropólogo Víctor Turner, lidera este cambio de perspectiva de la teoría teatral hacia otros fenómenos de la cultura. Los Estudios de la Performance emergen de un cruce entre los enfoques etnográficos de las ciencias sociales y los estudios teatrales, autodefiniéndose como un punto de vista, por excelencia, interdisciplinario, y que posiciona el concepto de performance “como una forma de ir más allá del drama basado en el texto y de abrazar interconexiones entre las actividades de jugar o interpretar un personaje, los juegos, el deporte, el teatro y el ritual” (Balme, 2013, p.33)³¹.

En los próximos apartados presentaremos los enfoques referidos, describiendo sus planteamientos y marcos referenciales, en vistas de favorecer la visualización de los puentes entre simulación y teatralidad que esta investigación se propone considerar. Se espera aquí que ambas visiones, tanto la Perspectiva Dramatúrgica de la teoría social, como los Estudios de la Performance, colaboren en reconsiderar las dicotomías ya anunciadas entre realidad/ficción o real/auténtico. Dichas dicotomías, como se ha señalado, suelen definir la eficacia de las prácticas de simulación clínica como un retrato fiel de la relación médico paciente, dejando oculta la ganancia que traería consigo este

³⁰De aquí se entiende la crítica al concepto de representación en tanto pareciera no solo remitir a algo que estaría afuera de la situación escénica, sino también cristalizar una acción, olvidando su carácter indisponible y dramático (Fischer-Lichte, 2011, p.54-55).

³¹ Cabe señalar que Fischer-Lichte en su libro *Estética de lo performativo* dedica ciertos pasajes a reconocer que el giro performativo implica una apertura de los estudios teatrales a otros fenómenos de la cultura. Sin embargo son los Estudios de la Performance el programa que ha estabilizado, en mayor medida, una investigación respecto al carácter escénico de la cultura y sus diversas manifestaciones.

nuevo escenario de aprendizaje. El fin último de este rodeo por ambas perspectivas, es contribuir a la posterior discusión de los hallazgos emergentes del trabajo de campo, dedicado a la observación de un grupo de prácticas de simulación clínica.

2.2.1 La Perspectiva Dramatúrgica de la teoría social

Hace más de cuatro décadas, la sociología, la antropología y la psicología social, como disciplinas de las ciencias sociales, investigan la realidad social recurriendo a la mediación de la teatralidad. Elementos como la actuación, actores, roles, escenarios, guiones, entre otros, son utilizados para explorar prácticas o situaciones sociales, para analizar los modos de realización de las personas y en particular de las interacciones entre ellas (Joseph, 1999; Brisset y Edgley, 2009; Herrera y Soriano, 2004; y Beltrán, 2010). Este enfoque teórico, nombrado como Perspectiva Dramatúrgica, reconoce en el arte teatral una verdadera “mina metafórica” por tratarse de una perspectiva que permite desentrañar y comprender aspectos centrales de las relaciones sociales en el marco de diversos escenarios. Uno de los primeros investigadores en introducir esta mirada es el filósofo Kenneth Burke (1897-1993), refiriendo con ello al hecho de que cualquier acontecimiento y relación social puede “calificarse de dramático siempre que tenga por función el responder a las preguntas, clásicas desde la escolástica: ¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿A través de qué medios? ¿Por qué? ¿De qué manera?” (en Joseph, 1999, p. 29 y 30). Sin embargo, es Erving Goffman (1922-1982), autor del ya clásico libro *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, el sociólogo más reconocido en esta línea y quien, dicho sea paso, ha trascendido las fronteras de las ciencias sociales para ser valorado también como un autor clave en el ámbito de los estudios teatrales.

En término de sus orientaciones, la Perspectiva Dramatúrgica, reconocida como parte de la llamada microsociología³², busca constituirse en un aporte sustancial para el

³² Concepto que para algunos autores hace visible el prejuicio de la sociología orientada a los procesos macrosociales, que considera el enfoque aquí descrito como una sub-disciplina preocupada del estudio “del saber menor de la sociabilidad” (Joseph, 1999, p.19).

estudio de “la compleja relación entre los aspectos individuales de la naturaleza humana y los aspectos sociales” (Brissett y Edgley, 2009, p.10, la traducción es nuestra). En las coordenadas de esta tensión entre sociedad e individuo, conflicto tradicional de las ciencias sociales (Joseph, 1999, p.17), una de las problemáticas fundamentales que aborda es la pregunta por cómo se construye la individualidad de las personas. Si ciertas perspectivas de la psicología se aproximan a esta interrogante principalmente desde el nivel de la interioridad de la persona, la Perspectiva Dramatúrgica, siguiendo al filósofo Georg H. Mead (1863-1931), entiende que, por excelencia, todo individuo construye su ‘sí mismo’ en la interacción con otros. Con ello, propone que “la individualidad [es] un fenómeno social [antes que] un fenómeno puramente psicológico” (Brissett y Edgley, 2009, p.15, la traducción es nuestra), cuestión que supone una zona compartida entre sociedad e individuo que tendría lugar en el espacio de la interacción y en el carácter expresivo de la conducta humana (2009, p.10)³³. En palabras de Brisset y Edgley:

No es que los seres humanos sean (siempre, a menudo, a veces) productos sociales o que la sociedad es (siempre, a menudo, a veces) un producto humano. Es que tanto los individuos y la sociedad, aunque ostensiblemente opuestos y con frecuencia antagónicos, son mutuamente interdependientes. Captar el significado de esta mutua contradicción es la metafísica de la perspectiva dramatúrgica. (2009, p.11, la traducción es nuestra)

De este modo, el enfoque dramatúrgico propone observar esta reciprocidad entre lo individual y lo social, entendiendo que tanto las estructuras sociales como la conducta individual son maleables y mutuamente influyentes (Brisset y Edgley, 2009, p.12).

2.2.1.1 La situación como unidad básica de estudio

³³ La influencia del filósofo pragmático Georg Mead, es notoria a este respecto. Mead plantea el concepto de “self” o “sí mismo”, constituido por un diálogo entre dos partes; el “yo”, la parte espontánea o impulsiva del self, y el “mi”, aquella parte creada en respuesta a la interacción con otros. En este sentido Mead, en la base de la psicología social, sugiere que el “self” es “individual y social a la vez” (Brissett y Edgley, 2009, p.16, la traducción es nuestra).

Influenciado por la Escuela de Chicago y el estudio de los ritos urbanos, así como también por el Interaccionismo Simbólico que analiza el significado emergente de la interacción social, Goffman propone estudiar las conductas y rutinas sociales en diversos contextos. Entre ellos, y en sus obras más reconocidas, se enfoca particularmente al estudio de lo que denomina como “instituciones totales”, como la cárcel o el hospital, entre otros, marcos donde las personas comparten determinadas rutinas administradas institucionalmente (Joseph, 1999, p.19). En estos escenarios, sugiere analizar “las formas de socialización y de normalización de las conductas. . . en su lógica inmanente, como mecanismos de autorregulación propios de mundos diferentes, cada uno con su propio lenguaje, su repertorio de roles y su sintaxis de conducta” (en Joseph, 1999, p.18). En el sentido anunciado, la perspectiva dramática goffmaniana plantea el estudio de la interacción no solo como una experiencia subjetiva, sino antropológica, cercana a un ritual. La unidad elemental que indica para ello, no es ni el individuo, ni la sola relación entre estos, sino la “situación” social total que los enmarca (Joseph, 1999, p.13). De ahí que Isaac Joseph defina el proyecto goffmaniano como una “sociología de las circunstancias” (1999, p.19). Reforzando esta idea, Manuel Herrera y Rosa Soriano plantean que el ‘modelo situacional’ para la observación e interpretación de la vida social se presenta en Goffman como una “línea de continuidad” en su obra:

Ya el primer estudio monográfico, *The Presentation of Self in Everyday Life*, es presentado como un “manual” para analizar todas aquellas situaciones en las que los individuos se encuentran en inmediata presencia unos con otros influenciándose mutuamente. . . En numerosos ensayos posteriores, Goffman reivindica la centralidad de la “situación social”, lamentándose, sin embargo, de que haya sido olvidada en el análisis lingüístico y sociológico (2004, p.60)

Acorde a lo antes señalado, el enfoque dramático se centra en el “mundo de las apariencias”, entendiendo su valor como espacio donde tiene lugar la ‘figuración’ de los asuntos sociales, escenario que permite iluminar de qué modo “la persona se

manifiesta en un encuentro”, cuestión que, como se ha adelantado, no descansa ni en el interior de esta, ni “en la superficie del individuo”, sino “en el curso de la acción”, es decir, en el encuentro escénico (Joseph, 1999, p.54). Es tan relevante lo anterior que al preguntarse sobre cómo se conforma la persona, el enfoque dramatúrgico enfatiza el hecho de que “el sí mismo simplemente no puede "ser" aparte de la interacción . . . su ser siempre surge en el curso de la actuación con otros” (Brisset y Edgley, 2009, p.18, la traducción es nuestra). Junto a ello, el enfoque destaca que el sí mismo posee un repertorio por el cual transita, en sintonía con las experiencias que va enfrentando. Dicho de otro modo, “¡tener más de un sí mismo es una necesidad performativa!” (Brisset y Edgley, 2009, p.18, la traducción es nuestra). En estas coordenadas la noción de persona no puede ser concebida como una entidad estable, pues, al realizarse frente a otros, en distintos contextos y situaciones de la vida, se constituye como una unidad dinámica que cambia en el tiempo, lo que no quiere decir, claro está, que no posea un sentido de continuidad entre las distintas situaciones que experimenta. Así, el enfoque dramatúrgico plantea que “todos somos solo posibilidades hasta que actuamos frente a otros” (Brisset y Edgley, 2009, p.20, la traducción es nuestra).

Para el estudio de la situación social, y acorde al modelo teatral, Goffman propone una división del espacio por medio de dos conceptos teatrales: *frontstage* y *backstage*. El primero correspondería a “la región de exposición donde los actores se encuentran bajo la mirada o en presencia de un público”, y el segundo, “la región donde se preparan para la representación”. En este sentido, “la metáfora teatral propone una primera fórmula de organización social de la experiencia que distingue dos regiones de la actividad: la *escena* y las *bambalinas*” (Joseph, 1999, p.51). El concepto de *frontstage* goffmaniano ha sido traducido al español como “fachada”, aquella “parte de la actuación del individuo que funciona regularmente de un modo general y prefijado, a fin de definir la situación con respecto a aquellos que observan” (Goffman, 1971, p.33-34). Para el sociólogo, la fachada estaría constituida por el “setting o medio” y la “fachada personal”. El primero hace referencia al trasfondo escénico de la situación, “las

partes escénicas de la dotación expresiva” (1971, p.35), aquellos elementos materiales que componen un determinado escenario social, tal como si se tratase de una escenografía teatral dispuesta para la actuación de los individuos. Dicha escenografía, según Goffman, puede constituir una “fuente” de estabilidad y protección para las infinitas posibilidades de la performance del sí mismo, para el desempeño actoral de los individuos. Ello se vuelve especialmente relevante en las acciones que tienen lugar en marcos escénicos institucionales (1971, p.34). Veremos más adelante cómo se deja ver esto en el caso de las prácticas de simulación clínica, específicamente al momento de dar cuenta del espacio escénico en que ellas tienen lugar: las salas de espejo de visión unidireccional. Se trata de un espacio que radicaliza la división entre actores y espectadores y que tiene relación con el marco médico institucional en el que se desarrollan.

Por su parte, el segundo nivel de la fachada, la “fachada personal”, estaría constituida por aquellos elementos expresivos, sean fijos o transitorios, que acompañan al actuante a donde va, como por ejemplo el sexo, la edad, su aspecto físico, sus características raciales, expresiones faciales, gestos corporales, pautas de lenguaje, entre otros (Goffman, 1971, p.36). Para el autor, las impresiones que los individuos producen frente a una determinada audiencia, remiten tanto a la fachada personal como al medio o setting donde desempeña su rol.

A veces [el individuo] se expresará intencional y conscientemente de un modo particular, pero sobre todo porque la tradición de su grupo o estatus social requiere este tipo de expresión . . . A veces las tradiciones propias del rol de un individuo lo llevarán a dar una determinada impresión bien calculada. (1971, p.18)

Otro de los conceptos teatrales que Goffman utiliza para aproximarse a las relaciones sociales cara a cara, es el de *backstage* o tras bambalinas; aquella región donde los actores se preparan para presentarse ante el público. En este lugar, según el autor, encuentran cabida “los elementos suprimidos” de la actuación. Se trata de un espacio donde “el actuante puede confiar en que ningún miembro del auditorio se

entrometa” (1971, p.123-4). La división del espacio social entre fachada y tras bambalinas, permitiría a los individuos cuidar su actuación, prepararla, de modo de aparecer ante el público tal como que quiere o debe ser visto. En relación a esta idea, Goffman señala que el individuo, previo a presentarse ante una determinada audiencia, suele acomodar su actuación para dramatizar o hacer visible el valor de la acción o la tarea que lleva a cabo. Esto, según el sociólogo, es un asunto que se torna especialmente problemático en ciertas profesiones en las que el objetivo y todo aquello que compone una actividad diverge respecto al modo en que normalmente es presentada ante los otros³⁴. Los individuos se enfrentan al dilema entre dramatizar su acción y realizarla. Es decir, no solo deben preocuparse que se haga visible el valor de aquella acción que está llevando a cabo, sino también deben realizar una serie de minucias comprometidas en dicha acción que no serán vistas por su audiencia. Un buen ejemplo de aquello es el que Goffman entrega haciendo referencia a un estudio sobre las diversas actuaciones comprometidas en el trabajo de un servicio funerario:

[L]os empresarios de pompas fúnebres deben cobrar grandes sumas por su producto altamente visible –un cajón que ha sido transformado en féretro–, ya que muchos de los otros costos que implica la organización de un funeral no pueden ser dramatizados con facilidad (1971, p.44).

En el sentido de lo expuesto y tal como señala Goffman, dramatizar una acción y realizarla son dos asuntos que no siempre coinciden. En palabras de Sartre, “el alumno atento que desea *estar* atento, con sus ojos clavados en la maestra y sus oídos bien abiertos, se agota de tal modo representando el papel de atento que termina por no escuchar nada” (en Goffman, 1971, p. 44). Este ejemplo es atingente a lo que ocurre en las prácticas de simulación clínica que revisaremos en el próximo capítulo. En ellas, los estudiantes que interpretan el rol de médico, deben esforzarse ante su audiencia por

³⁴ Un ejemplo de esto sería la actividad clínica: “La falta de visibilidad crea problemas a los clínicos. Un paciente verá que su enfermera se detiene junto a la cama vecina y charla durante unos momentos con el paciente que la ocupa. No sabe que está observando el ritmo de la respiración y el color y tono de la piel. Piensa que ella solo está de visita . . . ” (Goffman, 1971, p.43).

demostrar un “buen trato” con el paciente, cuestión que se sintetiza en una serie de acciones que les son señaladas en pautas de conductas que orientan sus actuaciones. Lo paradójico, es que ‘dramatizar’ esta acción, es decir demostrar que se están llevando a cabo acciones cuidadosas frente al paciente, no garantiza la eficacia de la comunicación de la entrevista clínica.

2.2.1.2 Los conceptos de rol, distanciamiento de rol y rutina

En su libro *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Goffman estudia cómo todo encuentro social supone un proceso de construcción teatral a través del cual se juega la estima o valoración social de la persona. Al presentarnos ante otros, en un escenario determinado, nos enfrentamos—según Goffman— a la tarea de representar roles que ya han sido codificados socialmente y que cuentan de suyo con expectativas sociales asociadas. Tal es el caso del médico y del paciente, ambos roles sociales que vinculamos a determinadas modos de ser y conducirse.

La comunicación social, según Goffman, sería una verdadera “puesta en escena”, donde sus “protagonistas son actores que se convierten en personajes a medida que interactúan con sus congéneres” (Casasbuenas, 2007, p.16). El concepto de rol social, ampliamente utilizado en la literatura de la psicología social y de la sociología, surge —según Bedrich Baumann—, como parte de la crisis de identidad del individuo moderno ante la separación de las esferas pública y privada (1967, p.566). El uso contemporáneo del término, como indica el sociólogo británico Ralph Dahrendorf, se encuentra asociado a ideas como la realización de una performance, los modos particulares de conducta, una pauta a ser aprendida o un producto de la socialización (en Baumann, 1967, p.567). Según Baumann, es posible reconocer una divergencia sobre el concepto de rol entre la teoría social europea, ligada más bien a la filosofía, y la corriente norteamericana posterior vinculada a la sociología, la psicología social y el pragmatismo. Mientras que autores como Karl Marx interpretaban que los roles y las máscaras son elementos

centrales en los fenómenos sociales de alienación y cosificación de la persona y su identidad (en Baumann, 1967, p.572), la tradición norteamericana observa en el concepto de rol no solo la ejecución de un mecanismo de coerción social, sino más bien el punto de encuentro entre la sociedad y el individuo (Baumann, 1967, p.576).

[L]os roles sociales sirven para fijar límites a la conducta de los miembros de la sociedad, pero estos límites tienen sentido cuando nos damos cuenta de que los roles son esenciales para la estructura social. . . . Claro está que hay muchas variaciones en el modo de desempeñar estos roles y que algunas personas se desvían, deliberadamente o no, de las pautas de conducta preescritas. (Lindgren, 1973, p. 172)

Desde la perspectiva de Goffman, en el marco de la teoría social norteamericana de los años sesenta y bajo una importante influencia de Mead, el concepto de rol designa la “promulgación de los derechos y deberes atribuidos a un status dado” (1971, p.28) y supone un conjunto de papeles, los cuales son activados por el individuo dependiendo de la situación y el auditorio al que se enfrenta.

Probablemente no sea un mero accidente histórico que el significado original de la palabra persona sea máscara. Es más bien un reconocimiento del hecho de que, más o menos conscientemente, siempre y por doquier, cada uno de nosotros desempeña un rol . . . Es en estos roles donde nos conocemos mutuamente; es en estos roles donde nos conocemos a nosotros mismos. En cierto sentido, y en la medida en que esta máscara representa el concepto que nos hemos formado de nosotros mismos – el rol de acuerdo con el cual nos esforzamos por vivir–, esta máscara es nuestro ‘sí mismo’ más verdadero, el yo que quisiéramos ser. Al fin, nuestra concepción del rol llega a ser una segunda naturaleza y parte integrante de nuestra personalidad. (Goffman, 1971, p.31)

El rol, tal cual lo comprende el sociólogo, tiene sentido frente a otro o más bien en relación a un otro. Dicho de otro modo, se desempeña el rol de madre frente a un hijo o en relación alguien que actúa como sustituto de este (Lindgren, 1973, p. 175). Ahora bien, en particular, Goffman se interesa por el estudio de los llamados “oficios de lo público” (Joseph, 1999, p.57), o de los roles profesionales. A su juicio, en estos oficios

se da en mayor medida la separación entre el espacio público, destinado para ser visto, y el privado, que queda oculto a ojos del espectador, siendo el primero el lugar donde el actor social, sea un vendedor, un recepcionista o un médico, se presenta ante su posible audiencia acorde al marco que exige su ‘puesta en escena’ del rol (Joseph 1999, p.58)³⁵.

En *La presentación de la vida cotidiana*, Goffman describe el problema de la ‘idealización’ del rol (1971, 46-62). Ello, pues los roles sociales están estrechamente asociados a conductas aprendidas y, como se ha señalado, a expectativas sociales. Dicho de otra manera, se espera de una madre que sea contenedora con su hijo, que lo proteja. Se espera de una enfermera que sea capaz de atender y aliviar en alguna medida el dolor del enfermo. Respecto a esto, Goffman plantea que así como hay en el ser humano un impulso en mostrar el mundo de una forma idealizada, también a menudo puede ocurrir lo mismo en la presentación de la persona, cuestión que tiene lugar no solo para fomentar atributos personales, sino también para dar visibilidad a valores morales asociados a ciertos roles altamente reconocidos, como es el caso del médico. Aquí, la expectativa es que una persona que viste un delantal blanco se comporte de un modo determinado, que sea ‘humano’, abierto a escuchar al otro, empático, entre otros atributos (1971, p.47). Junto a ello, la persona que desempeña determinada rutina también debe ocultar ciertos aspectos que pueden llegar a desvirtuar el valor social de su rol. En términos de Hughes, se trataría de la acción de “encubrir a nuestro auditorio toda evidencia de ‘trabajo sucio’, ya sea que lo realicemos en privado o lo asignemos a un sirviente” (en Goffman, 1971, p.56). Esto es usual en las actividades que suelen exhibir a su audiencia solo el producto final. En el caso de las artes escénicas, como ejemplo, la tradición más realista del teatro cuida de no mostrar los ‘hilos’ de la actuación y de su

³⁵ Como ya se ha señalado, a modo de supuesto o telón de fondo, la actividad clínica o la experiencia clínica estaría configurada teatralmente. De hecho Pedro Laín Entralgo, médico e historiador de la medicina, conocido por su obra de antropología e historia médica, y quien también incursionara en la dramaturgia en los años '70, señala a lo largo de su obra que “la relación médico-paciente se refiere a los diversos fenómenos que ocurren antes, durante y después del *encuentro* del médico con su enfermo en su rol de tales y que constituye el eje fundamental del ejercicio clínico, de insondable importancia diagnóstica y terapéutica”, definiendo la historia clínica como “el relato de los sucesivos encuentros entre dos hombres” (en Goic 2002, s/p, el énfasis es nuestro).

respectivo proceso de escenificación, en vistas de higienizar los indicios del trabajo y el esfuerzo implicado.

Goffman desarrolla dos elementos que en menor o mayor grado se encontrarían en juego en la interpretación de un rol: ‘asunción del rol’ y ‘distancia de rol’. El primero dice relación con el hecho de asumir el rol y su ejecución en favor de una situación determinada, mientras que el segundo recuerda al actor “aquella ‘cuña’ que se inserta entre el individuo y su rol, entre el ‘hacer’ y ‘ser’” (Herrera y Soriano, 2004, p.66). Ambos lados del rol poseen sus funciones comunicativas particulares. La ‘distancia de rol’, según Goffman, tiene una relevancia particular pues “exhibir una distancia significa mostrar a los otros la no asunción total . . . [y] una cierta ‘desidentificación’ del rol se presenta funcional para su ejecución más consciente y eficaz” (Herrera y Soriano, 2004, p.67)³⁶. Ambos conceptos asociados al rol, serán discutidos en el trabajo de campo sobre las prácticas de simulación clínica, al referirnos al tratamiento de las actuaciones de los estudiantes como médicos, y los actores como pacientes.

Otro de los conceptos relevantes de la perspectiva dramaturgica que será revisado al momento de dar cuenta de las simulaciones clínicas, es el de ‘guión’ o ‘rutina’. Se trata de uno de los términos claves de Goffman descrito como la “pauta de acción preestablecida que se desarrolla durante una actuación y que puede ser presentada o actuada en otras ocasiones” (1971, p.27). Todo rol necesita una rutina que favorezca la estabilización de la conducta del individuo, permitiendo que este cuide su expresión acorde al auditorio que enfrenta. Y es que, como señala nuestro autor, en el proceso de socialización el individuo fija ciertas pautas de comportamiento que favorecen su control expresivo (1971, p.67).

[A]l aprender a desempeñar nuestros roles en la vida real, guiamos nuestras propias producciones manteniendo, en forma no demasiado consciente, una

³⁶ Desde una perspectiva teatral, la idea de “distancia de rol” propuesta por Goffman se acerca al reconocido “distanciamiento” brechtiano. Planteamiento del director teatral Bertolt Brecht que buscaba, tanto para el actor como para el espectador, salvaguardar el espacio que le permitiese no solo identificarse con el personaje y la escena en curso sino también comprenderla, cuestionarla y observarla con distancia crítica (2004, p.45). Ver: Brecht, B. (2004). *Escritos sobre teatro*. Barcelona: Alba Editores.

familiaridad incipiente con la rutina de aquellos a quienes nos hemos de dirigir. Y cuando llegamos a manejar correctamente una verdadera rutina somos capaces de hacerlo, en parte, debido a una “socialización anticipante”, por haber sido ya instruidos en la realidad que en ese preciso momento se nos está volviendo real. (Goffman, 1971, p.83)

Goffman reconoce entonces cómo el desarrollo de toda interacción social requiere que actualicemos ciertos roles, que transitemos por un rol u otro dependiendo de cómo se construye conjuntamente la situación y el contexto que la enmarca.

2.2.1.3 El orden y la fragilidad de los encuentros cara a cara

La propuesta desarrollada por Goffman “se ocupa de algunas de las técnicas comunes empleadas por las personas para sustentar [ciertas] impresiones y de algunas de las contingencias comunes asociadas con el empleo de estas técnicas” (1971, p.27). Si bien desde su planteamiento los actores que comparten una situación social se encontrarían atentos a controlar sus expresiones, la comunicación cara a cara se encuentra abierta a la contingencia y no está totalmente determinada por el marco en el que acontece. En palabras del autor:

[C]omo estudiosos [de la realidad social] debemos estar prontos para examinar la disonancia creada por una palabra mal pronunciada . . . debemos estar preparados para ver que la impresión de realidad fomentada por una actuación es algo delicado, frágil, que puede ser destruido por accidentes muy pequeños. (Goffman, 1971, p.67)

Desde el enfoque dramático, todo proceso de comunicación se establece a la base de una asimetría fundamental. Es decir, hay aspectos controlables de la conducta humana y otros no controlables, siendo la comunicación “un ciclo potencialmente infinito de secreto, descubrimiento, falsa revelación y redescubrimiento” (Goffman, 1971, p.20), constituida por una relación que el sociólogo propone como la de un actor y

un espectador, atravesada por dos corrientes de comunicación: la primera, aquella que el actor puede controlar, y que normalmente corresponde al plano verbal, y la segunda, aquella que se le escapa al actor y que sí puede ser percibida por el espectador o los testigos y que comúnmente coincide con la expresión corporal (1971, p.18).

Acorde a lo anterior, la perspectiva dramática estudia las interacciones o los encuentros sociales desde dos aspectos principales: por una parte, cómo se conduce la comunicación cara a cara, de qué modo las personas son conscientes de su expresividad y con ello capaces de negociar los significados de una situación, y por otra, la fragilidad y la precariedad en que se sustenta la comunicación (Brisset y Edgley, 2009, p.4). En estas coordenadas “la perspectiva dramática se interesa por los aspectos verbales y no verbales de la comunicación y su contexto. Los modos como aparece la comunicación, sus fases y sus rostros”, pero también su ‘inestabilidad’ (Brisset y Edley, 2009, p.5, la traducción es nuestra). Sobre este punto Joseph señala que las interacciones cara a cara pueden ser concebidas como un valioso campo de estudio para la teoría social, no solo porque ponen en escena “las pequeñas y grandes maniobras del actor social”, sino también “porque se encuentran alojadas en la señal de la amenaza y del riesgo” (1995, p.55). En palabras de Goffman, “no existe interacción en la que los participantes no corran un riesgo serio de encontrarse ligeramente incómodos o al contrario, un ligero riesgo de encontrarse seriamente humillados” (en Joseph, 1999, p.55).

En razón de lo señalado, el enfoque dramático también estudia cómo las rutinas se encuentran expuestas a ciertas “amenaza[s] de ruptura de la representación”, es decir, cómo toda situación es susceptible a quiebres de continuidad (Joseph, 1999, p.55). Esta cuestión cobra especial sentido, tal como veremos, en el caso de las prácticas de simulación clínica y las tensiones que en ellas tienen lugar. Tensiones que se visualizan entre el guión previo que orienta las actuaciones de los estudiantes y Pacientes Simulados, y la novedad del encuentro cara a cara proveniente de la apertura a la contingencia a la situación. Sobre esto, Goffman señala que las actuaciones de los

individuos se inscriben en un campo que aun estando fijado socialmente, se encuentra abierto a lo que ocurre en la acción:

Las actuaciones legítimas de la vida cotidiana no son “actuadas” o “escenificadas”, en el sentido de que el actuante sabe de antemano lo que va a hacer y de que lo hace tan solo por el efecto que ello probablemente tenga. Las expresiones que, según se cree, emanan de él le serán especialmente “inaccesibles”. Pero, como en el caso de actuantes menos legítimos, la incapacidad del individuo común para formular de antemano los movimientos de sus ojos y su cuerpo no significa que no habrá de expresarse a través de estos recursos de un modo ya dramatizado y performado en su repertorio de acciones. En resumen, nuestra actuación es siempre mejor que el conocimiento teórico que de ella tenemos. (1971, p.84-5)

Pensando en lo desplegado hasta ahora, en virtud de nuestro estudio, la Perspectiva Dramatúrgica nos permite identificar un punto de vista posible para complejizar y dinamizar la comprensión de aquello que acontece en las prácticas de simulación clínica y su eficacia pedagógica. El énfasis de esta perspectiva en la centralidad de las relaciones sociales y en el carácter situado de las prácticas, permite pasar de una valoración centrada en un modelo realista, asociado únicamente a la credibilidad del Paciente Simulado, hacia un modelo performativo que considera los distintos factores en curso: la relación escénica entre el estudiante y el Paciente Simulado, la relación de estos con los espectadores, las posibilidades que otorga el espacio escénico para la relación entre estos, y las tensiones entre el nivel normativo de las rutinas médica que se ensayan y su actualización en el encuentro escénico en curso.

Ahora bien, desde aquí, en un sentido teórico, podríamos decir que todavía nos encontramos en los límites de las ciencias sociales que recurren a la teatralidad como una metáfora para comprender el nivel de la interacción social. En las siguientes líneas proponemos dar un paso más allá y explorar cómo en este punto de la relación entre la sociedad y el teatro, durante el siglo XX, emerge la pregunta por la constitución disciplinaria de las artes escénicas, ya no solo como un oficio artístico, sino como un

punto de vista específico sobre las diversas manifestaciones de la vida social. Aquí, resulta indispensable referirnos a los Estudios de la Performance, perspectiva que, desde los años '70 a la fecha ha estabilizado la apertura de la teatralidad al estudio de nuevas prácticas sociales también escenificadas. Veremos entonces cómo esta perspectiva dialoga con la propuesta teórica ya revisada, y qué otras miradas ofrece para hacer avanzar nuestro estudio³⁷.

2.2.2 Los Estudios de la Performance

Los Estudios de la Performance, desarrollados en primer término en el territorio angloparlante y en particular en Estados Unidos, surgen a fines de los años sesenta en el escenario de una efervescencia social y política que en distintas latitudes del mundo tuvo como protagonista a los movimientos sociales y a las artes cumpliendo un rol fundamental. Richard Schechner, investigador y creador escénico, ha sido una de las figuras claves a la base del desarrollo de esta perspectiva y su incorporación a la academia. Desde sus inicios, los Estudios de la Performance estuvieron fuertemente influenciados por la antropología cultural y la sociología. Investigadores como el antropólogo Víctor Turner³⁸, en mayor medida, pero también el sociólogo Erving Goffman, establecieron un importante diálogo que contribuyó a la conformación de esta perspectiva (Schechner, 2000, p.14 y Balme, 2013, p.160). Así, el establecimiento de los Estudios de la Performance se basa en el intercambio de conocimiento entre teatro y ciencias sociales, que se traduce en un diálogo sostenido entre docentes e investigadores

³⁷ Cabe señalar, como ya se ha mencionado anteriormente, que los Estudios Teatrales alemanes también llevan a cabo un esfuerzo por indicar que la teatralidad sería central en la constitución del carácter escénico y performativo de la cultura. Sin embargo, dicha perspectiva, a diferencia de los Estudios de la Performance, enfatiza la dimensión estética de las prácticas por sobre el nivel de su eficacia social.

³⁸ Víctor Turner es uno de los colaboradores fundamentales en la constitución de los Estudios de la Performance. El antropólogo destaca el valor de la perspectiva para el campo de la cultura, pues toda cultura se expresa en sus performances y gracias a ellas adquiere conciencia de sí misma; la cultura se ve y se autocomprende en acción (Schechner 2000, p.16).

del campo de lo teatral, como Jerzy Grotowski, Augusto Boal, entre otros, y los autores ya nombrados del ámbito de la teoría cultural y social (Schechner, 2000, p.14).

En 1980 la Teoría de la Performance se incorpora a la universidad como programa formal, cuestión manifiesta en el desplazamiento del Departamento de Drama de la Universidad de Nueva York al Departamento de Performance (Schechner, 2000, p.15). Este gesto implica el reconocimiento del valor de esta perspectiva, luego de esfuerzos del propio Schechner, en tanto se orienta a abordar la complejidad y el dinamismo de las prácticas culturales y las relaciones sociales, donde el teatro corresponde a una performance entre otras. De este modo, para el teatro, la perspectiva de la Performance, implica, por una parte, un cambio de foco dirigido a pasar del centralismo del texto hacia la performatividad del fenómeno teatral- lográndose aquí trasladar el énfasis moderno en una comprensión del teatro como “drama literario” hacia la valoración de lo escénico (Fischer-Lichte, 2011; Cornago, 2011; Schechner, 2000, entre otros)-, así como también la apertura correlativa de un campo más amplio donde las artes de la performance conviven codo a codo con otras prácticas culturales. En palabras de Balme:

Schechner propuso un concepto de performance que iba más allá del teatro basado en el texto y abarcaba las relaciones formales entre el juego, los deportes, el teatro y el rito. En los años siguientes Schechner demostró, a través de numerosas publicaciones, el potencial interdisciplinario del concepto. La definición de performance dentro de los parámetros más amplios de las ciencias sociales implicó un alejamiento de los paradigmas estéticos e históricos que, hasta entonces, habían dominado los estudios teatrales. En este contexto el teatro dramático [cuyo elemento central sería el texto] es solo una de las posibles manifestaciones de la performance. (2013, p.159)³⁹

³⁹ El cambio estético y cultural al que se refiere Balme corresponde al ya mencionado “giro performativo” que, como señala Dwight Conquergood, se define por el paso de “ver el mundo como un texto a ver el mundo como una performance” (en Balme 2013, p.150). En “La Ciencia Teatral en la Actualidad”, Fischer-Lichte desarrolla lo señalado mostrando la relación entre el desplazamiento del texto a la puesta

Acorde a su propósito de abordar la complejidad del mundo contemporáneo, los Estudios de la Performance poseen por excelencia una vocación interdisciplinaria, configurándose como un punto de vista que incluye un amplio espectro de disciplinas, tanto de las humanidades, de las ciencias sociales como también de las ciencias biológicas (Schechner, 2000, p.11). Su método, tal cual lo plantea Schechner, es, en un doble sentido, de “amplio espectro”: en ella no solo convergen diversas disciplinas sino también un vasto campo de ‘actividades humanas’:

El objeto de esta disciplina incluye los géneros estéticos del teatro, la danza y la música, pero no se limita a ellos; comprende también ritos ceremoniales humanos y animales, seculares y sagrados; representación y juegos; performances de la vida cotidiana; papeles de la vida familiar, social y profesional; acción política, demostraciones, campañas electorales y modos de gobierno; deportes y otros entretenimientos populares; psicoterapias dialógicas y orientadas hacia el cuerpo, junto con otras formas de curación (como el shamanismo); los medios de comunicación . . . performatividad-prácticas jurídicas/médicas. . . (Schechner, 2000, p.12)

Según lo anterior, y tal cual como lo señalan Schechner y la especialista en performance latinoamericana Diana Taylor, el campo de estudio de la performance es fundamentalmente dinámico y no posee límites fijos (2000, p.11 y 2011, p.14). Su fuerza base, como perspectiva ‘posdisciplinaria’, corresponde a la urgencia por relacionar lo político, lo artístico y lo económico (Taylor, 2011, p.13).

Schechner declara que si bien no toda acción y práctica humana ‘es’ performance, todo puede ser estudiado ‘como’ performance (2000, p.14). Dicho de otra manera, y tal cual como el propio investigador lo sugiere a modo de ejemplo, el escribir en computador, así como otras actividades humanas, pueden ser comprendidas tanto en términos de la física, de la matemática y de otras perspectivas como la biología y la antropología (2000, p.14). El énfasis característico de los Estudios de la Performance es

en escena como elemento central en la definición del campo teatral, y el cambio de paradigma textual a performativo que impacta la autocomprensión de la cultura europea durante el siglo XX.

la pregunta por el cuerpo y la corporalidad, y sus ‘objetos’ de estudio predilectos los “actos y comportamientos *en vivo*. . . , prácticas encarnadas y comportamientos expresivos” (Taylor, 2011, p.16).

Asociado al concepto de performance, se encuentran las nociones de lo ‘performativo’ y ‘performatividad’, términos que, como señala Balme, “han permeado a todas las humanidades” y no solo al teatro y a la performance (2013, p.162). La ‘performatividad’, tal cual ha sido aplicada por Judith Butler a los estudios de género, permite pensar el género ya no como un dato biológico sino como una construcción social que tiene lugar en el hacer, en la acción entendida como interacción (Balme, 2013, p.163). El concepto de ‘performativo’, por su parte, se asocia tanto al llevar a cabo algo por medio de un proceso que implica la transformación de la persona, como la relación con un espectador o testigo, es decir, ‘hacer algo frente a alguien’, así como también al acto de repetición de una conducta. En el caso de género, como señala Balme siguiendo a Butler, la ‘performatividad’ implica un “proceso. . . constituido por conductas aprendidas y repetidas que fuerzan a los individuos dentro de un molde cultural” (2013, p.163).

Si bien una de las principales dificultades asociadas a la Teoría de la Performance dice relación con la amplia gama de acciones que se pueden definir bajo esta noción, al mismo tiempo el término goza de una gran riqueza semántica (Balme, 2013, p.158). Actualmente la idea de ‘performance’ no solo se aplica al campo de las artes y la escena, sino también a “la ingeniería automotriz o computacional, al desempeño laboral o a los grandes negocios” (2013, p.163). En síntesis, performance incluye “un proceso, práctica, acto, episteme, evento, modo de transmisión, desempeño, realización y medio de intervención en el mundo. . . [donde] lo estético, lo económico, lo político y lo social resultan categorías indisociables” (Taylor, 2011, p.28). Como señala Marcela Fuentes en *Estudios avanzados de la performance*, “el concepto de performance permite observar las prácticas simbólicas y corporales a través de las cuales

los pueblos transmiten sus normas y creencias, y exponen y tramitan sus conflictos” (2011, p.34).

2.2.2.1 El concepto de conducta restaurada

Uno de las principales características que Schechner atribuye a las performances, es la “conducta restaurada” o también denominada “conducta repetida dos veces”⁴⁰. Bajo esta noción, incluye tanto performances que por convención cultural, como señala el autor, son consideradas como tal, como el caso de las artes escénicas o rituales y ceremonias, así como toda actividad humana que implique y evidencie el nivel de construcción y escenificación que caracteriza la realidad social (Schechner, 2000, p.19). En este sentido, los Estudios de la Performance se proponen como un lente por medio del cual aproximarse a prácticas sociales que son “ensayadas y reproducidas” en la vida cotidiana o arriba de un escenario delimitado, sea “de manera consciente o inconsciente” (Taylor, 2011, p.20). La carga simbólica y la potencia de la performance residen en la repetición, en palabras de Fuentes:

La definición de performance que propone Schechner instala una consideración personal que caracteriza al performance como un acto que nunca se da por primera vez, como una conducta que es de por sí comportamiento repetido. . . Esta repetición es lo que da al performance su fuerza simbólica y reflexiva, como el caso de las Madres de Plaza de Mayo de Argentina, quienes al volver cada jueves con sus pañuelos a marchar para reclamar la aparición con vida de sus hijos desaparecidos, instauraron su

⁴⁰ La idea de “conducta restaurada” desarrollada por Schechner se encuentra difundida al habla hispana en dos compilaciones dedicadas a los Estudios de la Performance: *Performance. Teoría y prácticas interculturales* (2000) y *Estudios Avanzados de Performance* (2011). Para más detalles consultar bibliografía.

acción no violenta como un potente ritual de denuncia que las posicionó como contundentes actores políticos. (2011, p.34)

Asociado a la idea de “conducta restaurada”, Schechner introduce el concepto de “secuencias o cintas de comportamiento”. El autor reconoce tomar prestado este término de la propuesta de Goffman de “secuencias de actividades”, utilizada para “referirse a cualquier segmentación o corte arbitrario de la corrientes de actividad en curso” con el fin, por ejemplo, de que el investigador analice qué sucede en ese ‘cuadro’ específico (en Schechner, 2011, p.35). Respecto a la “secuencia de conducta”, Schechner destaca que estas “pueden reordenarse o reconstruirse” de manera independiente del marco que las contiene, entendiendo que estas poseen cierta autonomía y no siempre remiten ni se apegan a una ‘fuente’ u ‘original’ de la cual emane su verdad (2011, p.35).

Según Schechner, las conductas humanas pueden separarse de su contexto de origen. Así, a pesar de haber surgido como parte de un proceso concreto, la conducta en su materialidad (lo que Schechner define como cintas [o secuencias] de comportamiento) constituye una “cosa” que se puede usar como se usa una máscara o un vestuario, y por lo tanto se presta para ser manipulada, modificada y preservada. De esta manera, Schechner argumenta que la conducta es un elemento externo al sujeto que se puede trabajar, intervenir y alterar más allá de su origen en tiempo y espacio. (Fuentes, 2011, p.33)

Las performances, en el sentido de ser una “conducta restaurada”, suponen también que quienes las practican participan de ellas y “asumen que algunas conductas – secuencias organizadas de sucesos, acciones programadas, textos conocidos, movimientos pautados– existen”, o los anteceden, es decir, que están ya instaladas en la cultura (Schechner, 2011, p.36). Lo que agrega esta observación, es que las “secuencias de conductas”, pueden “ser almacenadas, transmitidas” y también fijadas. Así lo veremos al revisar las prácticas de simulación clínica y el saber médico codificado en

ellas. No obstante con lo anterior, el contacto de nuevos actores con estas secuencias, según Schechner, estaría abierto a la transformación de las mismas (2011, p.36).

Aun cuando el abordaje del performance como conducta restaurada implica pensar esa conducta en relación con un pasado y dentro de una convención que se reactiva, la definición de Schechner también incluye atención al performance en tanto creación o invención, como una oportunidad para volver a ser lo que uno fue, así como para “volver a ser lo que uno nunca fue pero debería haber sido”. (Fuentes, 2011, p.34)

Tanto si se piensa en una performance más cercana al teatro, o más cercana al ritual, el trabajo de restauración de la conducta es realizado por los actores en los procesos de ‘ensayo’ o ‘entrenamiento’. Aquí, la función principal del ensayo es dibujar una suerte de partitura de comportamiento y fijar una conducta (Schechner, 2011, p.37). Revisaremos este aspecto en el capítulo que sigue al señalar cómo las prácticas de simulación clínica devienen en verdaderos escenarios de aprendizaje donde los estudiantes ensayan su encuentro con el paciente.

Siguiendo a Schechner, es preciso recordar que aquella pauta fija que orienta un comportamiento puede ser modificada por los actores. Y es que, como señala el autor, los modos en que se desarrollan los comportamientos no son meramente naturales, sino “modelo[s] de selección humana” abiertos a que se introduzca un componente de novedad o creatividad⁴¹. En sus palabras, “hasta el chamán que ha recibido ‘el llamado’, el médium que está cayendo en trance y el actor profesional cuyo texto de performance es como una segunda naturaleza deciden resistirse o ceder” al modo en que su puesta en escena ha sido concebida (Schechner, 2011,

⁴¹ La idea de que el ser humano en lo que hace tiene la posibilidad de introducir alguna novedad ha sido desarrollado profundamente por Hanna Arendt y su concepto de acción vinculado a la creatividad. Ver *La condición humana*. Barcelona: Paidós, 2003. Impreso.

p.37)⁴². Acorde a esto último Schechner enfatiza en que la performance no solo está asociada a un presente y a un pasado tradicional, sino también a un “modo subjuntivo” orientado al futuro, a lo posible. En palabras del autor: “los ensayos crean la necesidad de pensar en el futuro de tal forma que permita crear un pasado” (2011, p.41) y “el presente es el que se hace “para mañana”, para el futuro cuando se baile la danza” (2000, p.125).

2.2.2.2 Eficacia y entretenimiento en la performance

Uno de los ejes fundamentales, inscrito en el vínculo teatro y antropología, y en que se sostienen los Estudios de la Performance, es la interrelación entre ‘entretenimiento’ y ‘eficacia’, que, en mayor o menor grado, caracteriza toda performance, sea esta un drama estético o ritual. En el capítulo “Del ritual al teatro y de vuelta: la trenza de eficacia y entretenimiento”, publicado en su primer libro en castellano (2000, p.21-70), Schechner revisa esta relación explorando diversos ejemplos, tanto rituales, como teatrales. La hipótesis del autor es que es posible identificar un “continuum” entre teatro y ritual, un “proceso a través del cual el teatro nace del ritual y, a la inversa, el ritual se desarrolla a partir del teatro” (2000, p.28).

En un principio, en el campo del ritual, la eficacia estaría más presente que el entretenimiento, puesto que es propio del ritual el enlace entre los aspectos económicos, sociales, religiosos y también estéticos de un pueblo (Schechner, 2000, p.23). Si bien la balanza del teatro estaría más inclinada hacia el entretenimiento, es posible reconocer, tal como lo plantea Schechner, formas teatrales y épocas en que el teatro estuvo más ligado a la transformación de conductas, o a otros aspectos propios de la eficacia performativa (2000, p.24). En síntesis, el drama estético y el drama social, tal cual designara Turner al teatro y a la performance ritual, se distinguen en que “el drama estético está casi en su totalidad arreglado de antemano. . . [y] es menos instrumental y

⁴² Siguiendo a Schechner, Diana Taylor destaca que si bien la conducta humana siempre refiere al nivel de la normatividad social, a la construcción social, dichas normas no son solo impuestas “desde arriba” sino también negociadas entre las personas y los sistemas establecidos (Taylor, 2011, p.17).

más ornamental que el drama social”, mientras que este último establece una relación inseparable entre el ámbito real y simbólico: aquello que hacen los actores en un rito transforma el sentido e incluso el estatus de las cosas (Schechner, 2000, p.31-2). Y es que, como señala Schechner, para algunos pueblos “representar fue el modo de lograr “resultados reales” –pagar deudas, incurrir en nuevas obligaciones”, dichas representaciones, como es el caso de la danza Kurumugl realizada en un pueblo del este de Papúa Nueva Guinea, son “el medio de realizar las transformaciones” a través de intercambios que aun siendo materiales ponen en juego “algo más” que el objeto mismo (Schechner, 2000, p. 35).

Pese a la distinción señalada entre drama estético y drama social, Schechner da cuenta de cómo los ritos que algún día estuvieron apegados a la eficacia, como consecuencia del colonialismo y de la globalización, en la actualidad se acercan cada vez más al polo del entretenimiento. Es el caso de los ritos que se llevan a cabo frente a grupos de turistas, los cuales se transforman en verdaderos espectáculos. Lo importante aquí es considerar, tal como señala el autor, que ninguna performance, ni el teatro ni la performance ritual, es “pura eficacia ni puro entretenimiento” (2000, p.36).

[U]n musical de Broadway es entretenimiento si uno se centra en lo que pasa en el escenario y en la sala. Pero si se expande la mirada y se incluyen los ensayos, la vida detrás del escenario antes, durante y después del espectáculo, la función de los papeles en la vida de cada actor, el dinero invertido por los promotores, la llegada del público, la razón por la cual asisten los espectadores y cómo pagaron las entradas. . . entonces hasta un musical de Broadway es algo más que entretenimiento: también es ritual, también es economía y el microcosmos de una estructura social. (Schechner, 2000, p. 36)

Junto a lo anterior, Schechner reflexiona sobre los conceptos de papel social y papel dramático propuestos por Turner. El primero correspondería a aquel papel que es inseparable de la persona que lo interpreta y el segundo refiere al papel representado en el escenario teatral, del cual el actor, fuera del escenario, puede desprenderse. Sin

embargo, una vez más, el autor enfatiza en que estos modos, papel social y papel dramático, no son “opuestos binarios”, pues tanto la vida como el teatro requiere el ensayo de una pauta, la incorporación de gestos y de patrones que permitan al actor moverse dentro de los desafíos que los encuentros cara a cara implican (2000, p.29).

En el caso del teatro, y en particular del teatro experimental de los sesenta y setenta, se buscó por medio de diversas estrategias acercar las dimensiones simbólicas y reales del acto escénico a través de las performances, identificando que no se trataba en rigor de dos lados contrarios. Así, por medio de procedimientos como la incorporación del autor dentro de la escena, la radicalización del distanciamiento brechtiano, la experimentación con la ritualidad propiciada tempranamente por Antonin Artaud (2000, p.34), entre otros, las llamadas neovanguardias teatrales enfatizaron en la eficacia más que en la entretención. Los espectadores pudieron acceder a cómo los actores se preparaban para la escena, las bambalinas se transparentaron para mostrar los procedimientos de transformación. Todo esto de modo de reflexionar desde el teatro respecto a la relación, cada vez más problemática, entre autenticidad y representación.

[C]uando la vida pública se teatralizaba se le pidió al actor que se sacara las máscaras tradicionales -que fuera un agente no de ‘juego’, ‘engaño’ o ‘mentira’ (tipos de mascarada pública), sino que ‘dijera la verdad’ en algún sentido absoluto. Y si no se le pedía eso, al menos se esperaba que mostrara cómo se ponía y se sacaba las caretas. Acaso se hacía esto para poder educar al público en los engaños a que lo someten a diario los políticos y los que controlan los medios de comunicación. Se les pedía a los actores que en vez de reflejar la época, la remediaran. Se tomaron como modelos para el teatro profesiones como la medicina y la iglesia. (Schechner, 2000, p. 37)

2.2.3 Performance y teatralidad, lo auténtico y lo real

Reflexionando sobre lo revisado hasta ahora, una de las discusiones relevantes que se visualiza en la propuesta de los Estudios de la Performance, y que tiene fuertes

resonancias para el problema que aborda esta investigación, es la relación y tensión entre performance-teatralidad y lo auténtico y lo real.

En *Introducción a los Estudios Teatrales*, Christopher Balme presenta la Teoría de la Performance, previa mención del término de ‘teatralidad’ comprendido como la “extensión del concepto de ‘teatro’. . . una perspectiva cultural interdisciplinaria, más que un enfoque puramente estético, que se aplica a un amplio rango de fenómenos” y cuyo uso da cuenta de la presencia creciente en la vida social de modos de escenificación acorde, entre otros, a la influencia ejercida por los medios de comunicación (2013, p.155-7). Los Estudios de la Performance serían, según Balme, un “pariente cercano” de la teatralidad, pero abarcarían un espectro mucho más extenso de fenómenos y de aproximaciones (2013, p.158). Junto a esta distinción donde la Teoría de la Performance aparece como un punto de vista y un territorio de mayor diversidad que la teatralidad, Balme anuncia otro factor clave en juego: la autenticidad de la acción. Desde su planteamiento, el término de teatralidad se ha visto tensionado por la idea de autenticidad, la cual es considerada frecuentemente como su opuesto, mientras que la perspectiva de la performance ha buscado en su praxis incorporar “el aura de lo auténtico”, sea a través del trabajo con personas que no son actores ni actrices profesionales, la utilización de espacios diversos de la ciudad, y la ejecución de acciones que buscan borrar las fronteras entre actores y espectadores, y entre personaje y actor (Balme, 2013, p.158). Diana Taylor, experta en performance, refuerza lo anterior indicando que la performance busca difuminar los límites entre teatro y vida cotidiana, con el propósito de “complicar la distinción aristotélica entre la representación mimética y su referente ‘real’” (2011, p.9).

En el eje de esta discusión, y abordando la pregunta por la relación de las performances –tanto propiamente teatrales como sociales- con lo real, Schechner propone dos orientaciones: aquellas performances que ‘hacen creencia’ y aquellas que ‘hacen creer’. Las primeras corresponderían a las performances de la vida cotidiana, como por ejemplo los “roles profesionales, roles de género y de raza y el hecho de

conformar la propia identidad”, y las segundas a las performances vinculadas a la actuación de “un papel en el escenario o en una película” (2012, p.81). Las performances que ‘hacen creencia’, como señala el autor, “crean las mismas realidades sociales que escenifican”, mientras que las que ‘hacen creer’ proponen una clara distinción entre “lo que es real y lo que es simulado” (2012, p.81). Dicho de otra manera, los niños que juegan ‘al doctor’ o ‘a los disfraces’ saben muy bien que están en el marco de un juego, así como también los espectadores y actores de una obra de teatro pueden reconocer en diversos indicios -la apertura de un telón o el apagón de las luces, los aplausos del público, entre otras convenciones según el marco teatral en particular- el paso de una situación de realidad a otra (Schechner, 2012, p.81). Ahora bien, Schechner destaca que las performances que ‘hacen creer’ no son menos reales que aquellas que ‘hacen creencia’, sino “reales de modo diferente” (2000, p.88). Y es que el teatro, según el autor, “[p]ara ser eficaz. . . debe mantener su presencia doble e incompleta, como *performance-aquí-y-ahora-de-hechos-ocurridos-allá-y-entonces*”. Esta “distancia entre el ‘aquí y ahora’ y el ‘allá y entonces’ permite que el público contemple la acción y considere alternativas” (2000, p.88). En este sentido, siguiendo a Schechner, el teatro correspondería más que a un “hacer de veras” a un “jugar con”, lo que no significa que sea “débil o falso”, ni tampoco que no “provo[que] cambios en los actores y el público” (2000, p.89).

Por su parte, en su introducción a la compilación *Estudios Avanzados de Performance*, Taylor señala que esta perspectiva hereda de las vanguardias artísticas la preocupación por la “autenticidad” y la “originalidad” (2011, p.17). Contrario a ello, la teatralidad o el hecho de “tomar una situación como teatro”, implica hacer “alarde [del] artificio” y del “ser construida”. En este sentido “[l]a pregunta que se le hace a la teatralidad no es si la situación a la que alude es verdadera o falsa, sino si funciona o no funciona”. Aquí, Taylor destaca que la teatralidad, contraria a la performance, “connota una dimensión consciente, controlada. . . [que] subraya la mecánica del espectáculo y celebra los hilos que se manipulan detrás del escenario” (2011, p.26). De este modo, el

énfasis de la teatralidad correspondería a su relación con lo ‘construido’ y a la comprensión de que toda performance posee dimensiones que han sido predeterminadas y pauteadas con anterioridad.

La familiaridad de la teatralidad con lo construido, con el artificio, a nuestro juicio, no implica un quiebre con lo real. Señalar que lo teatral al contar con un guión que orienta la acción, no significa decir que dicha pauta se disponga a engañar y hacer pasar lo falso por lo verdadero. Basta recordar cómo el propio Schechner señala con su concepto de ‘conducta restaurada’ que toda performance, tanto la teatral como la social, corresponde a una acción que ya ha sido realizada y que cuenta de suyo con ciertos parámetros a los que el actor debe atenerse. Aquí, donde se subraya el hecho de que la acción de los individuos y la comunicación entre estos viene aparecer en un escenario ya codificado, la idea de autenticidad, a nuestro juicio, parece problemática. Ello, en tanto desde el sentido común la autenticidad refiere a algo que goza de ‘sinceridad, que no posee adornos ni disfraces’, y en términos formales una cosa, alguien o un asunto que estaría “acreditado de cierto y positivo por los caracteres, requisitos o circunstancias que en ello concurren” (Diccionario de la Lengua..., 2001, p.232). Subrayar las características implicadas en el concepto de lo auténtico, a nuestro parecer, significa omitir aquello que los propios Estudios de la Performance iluminan: que uno de los ‘síntomas’ de nuestra cultura es la “conciencia acrecentada del nivel de construcción y de mediación de muchas experiencias” (Balme, 2011, p.158) y también la comprensión del nivel simbólico de la existencia humana (Schechner, 2000, p.89). Así lo sugiere Balme al señalar que “si la teatralidad siembra una duda ontológica sobre las personas o situaciones, entonces, por definición, tendríamos que aceptar que la autenticidad debería ser el estado ideal al cual volver”. Sin embargo, cabría preguntarse si las personas y las cosas pueden ser o no auténticas y qué significaría que lo fuesen (2013, p.157).

Profundizando en lo anterior, tanto Schechner como Taylor, reconocen que los fenómenos escénicos, sean aquellos enmarcados en el teatro y aquellos que se juegan en las coordenadas de la vida cotidiana, presentan de manera imbricada grados de

‘construcción’ y grados de participación de lo ‘real’. En efecto, Taylor destaca la propuesta de Schechner de la “distinción *es/como* (performance)”, en el sentido de “un fenómeno que es a la vez ‘real’ y ‘construido’, como una serie de prácticas que reúnen lo que históricamente se ha separado y mantenido como unidad discreta” (2011, p.20).

Junto a lo anterior, y tomando el pensamiento goffmaniano, el enfoque de la performance comprende que toda situación social donde la persona se presenta ante otra y en un marco social determinado, posee mecanismos de ‘construcción’ de la realidad: tanto las performances más sutiles que inscritas en la vida cotidiana son incluso imperceptibles a los ojos del espectador, como aquellas que aparecen gracias a una ‘pauta predeterminada’, como es el caso de un juez o un jefe de estado. En relación a ello, Schechner declara que el hecho de ‘actuar’ refiere a guiones sociales que atraviesan a toda la vida social: “aun cuando los guiones sociales varían de una cultura a otra, y de una época a otra, no hay culturas ni periodos históricos desprovistos de guiones sociales” (2012, p.329). Bajo su punto de vista, y aludiendo a la relación entre teatro y ritual, Schechner plantea que en las últimas décadas,

ha habido un desplazamiento inmenso en la manera de percibir lo que es ‘teatral’. La acción política, la conducta conflictiva o inarmónica en los niveles del ‘drama social’ y del personal, la representación de papeles en la vida cotidiana, el entrenamiento emocional que utiliza ejercicios de performance para ayudar a profesionales (policía, personal de aerolíneas, etc.) a responder en momentos de crisis. . . son, todos, ejemplos de las interacciones cada vez más complejas entre teatro y ritual, y de la constante convergencia entre ambos. (2000, p. 38)

A fines del capítulo anterior, como preámbulo del presente apartado, se señaló que la teoría teatral se ha resistido a abordar el estudio de las prácticas de simulación clínica como un hecho performativo sobre el que pudiera tener algo que decir. Al respecto se desplegaron dos asuntos que, a nuestro juicio, estarían en juego. Por una parte, el debate aun vigente sobre la pertinencia de estudiar fenómenos ‘extra teatrales’ desde una perspectiva teatral, cuestión que se encuentra particularmente presente en la

academia teatral de nuestro país, y con mayor fuerza, la sospecha de la disciplina teatral respecto a la palabra simulación por su asociación al ámbito del engaño y de lo falso. El rodeo por la Perspectiva Dramatúrgica de la Teoría Social y por los Estudios de la Performance nos ha proporcionado ciertas luces y disparadores para volver a pensar la pregunta por la relación entre teatralidad, simulación y lo real. La Perspectiva Dramatúrgica, tal como hemos observado, muestra cómo la teatralidad, los niveles de representación, la relación persona-rol, entre otras dinámicas teatrales, se encuentran en el corazón de las relaciones sociales. Por su parte, los Estudios de la Performance proponen también una mirada contundente donde la teatralidad y la performatividad aparecen configurando diversos fenómenos sociales, tanto en el ámbito de las performances artísticas, de la vida cotidiana y de diversas manifestaciones rituales, tanto religiosas como seculares. Si bien ambos enfoques nos permiten observar el vínculo casi indisoluble entre teatralidad, performatividad y realidad social, la escisión entre aquello que nombramos como real, teatral o simulado, sigue siendo preponderante en el pensamiento occidental y de paso en la propia teoría teatral. En este terreno, como ya se ha señalado, la pregunta por la relación entre teatralidad y lo real aun sigue siendo una cuestión debatida o que tiende en ocasiones a ser resuelta de modo extremadamente lacónico. Desde el sentido común se suele posicionar lo teatral y simulado en el terreno de lo falso y la realidad del lado de la verdad, mientras que desde la disciplina teatral aquello que observamos como falso es lo simulado y aventuramos que lo teatral y lo artístico en general, pueden tomar una posición privilegiada en el podio de lo verdadero. Sin embargo la pregunta por la relación de la teatralidad con lo real y con la verdad no es algo que pareciera estar zanjado. Baste recordar las tensiones ya introducidas respecto a cómo comprender la mimesis teatral desde la teoría teatral contemporánea: una acción que no alcanza a contener aquella realidad que estaría allá lejos, una mera copia de un original o un espacio donde tiene lugar una realidad propia y absolutamente autónoma de cualquier referencialidad (Potolovsky, 2006, p.3).

Los Estudios de la Performance buscan desmontar la concepción de que la diferencia entre una ‘situación cotidiana’ y una ‘situación teatral’ se fundamenta en la verdad de la primera por sobre la segunda, señalando, como ya hemos mencionado, que ambas poseen niveles de representación: “Estoy conciente de la opinión de Goffman y otros de que la ‘vida común’ incluye mucha performance . . . quizás la vida común tenga más arte de lo que se suele suponer” (Schechner, 2000, p.124). Esto no significa señalar que una situación teatral y una cotidiana, realizada en el marco de cualquier otra práctica que no sea la performance teatral, sean equivalentes. La teoría teatral sugiere lo que, a nuestro juicio, sería uno de los méritos de la teatralidad: favorecer una distancia respecto a la vida común, cualidad nombrada por Josette Féral en términos de la inauguración de un “espacio otro” donde lo teatral se comprende en su diferencia con la esfera cotidiana y se constituye en una verdad alternativa (2004, p.96). Y es que en palabras del propio Schechner el nivel más profundo del teatro sería su capacidad de enmarcar una experiencia y de “transformar lo crudo en lo cocido” (2000, p. 89)⁴³. Es esta cualidad de lo teatral, tal como desarrollamos con anterioridad, la que quedaría oculta en la idea de la simulación. La cual, al contrario de la teatralidad, intentaría “hacer coincidir lo real, todo lo real, con sus modelos” de representación sin guardar la diferencia entre un escenario y otro (Baudrillard, 1978, p.7).

Otro de los asuntos a pensar en este primer cierre reflexivo, es el planteamiento que Goffman realiza hacia el final de *La presentación de la persona en la vida cotidiana* sobre el valor y alcance de la metáfora teatral para el estudio de la realidad social. En las

⁴³ En esta transformación de lo crudo en lo cocido, resuena la obra del dramaturgo chileno Marco Antonio de la Parra titulada *Lo crudo, lo cocido y lo podrido*. Montaje que fuera censurado en Chile a fines de los años '70, antes de ser estrenado en el Teatro UC. La obra, que tres décadas más tarde en ocasión del bicentenario de Chile se mostrara en el mismo teatro dirigida por Gustavo Meza, realiza un guiño teatral a la teoría antropológica de Lévi- Strauss. En palabras del crítico teatral Agustín Letelier, la obra “toma algunos hechos notorios en nuestra sociedad, los analiza. . . y trata de descubrir la ley de comportamiento que está implícita en esos actos” (Santiago a Mil 2010, Prensa. Web). Una referencia anterior a ella es la dietética de Hipócrates, padre de la medicina y quien proponía la cura del enfermo por medio de la alimentación, vía para restablecer el equilibrio de su naturaleza. Ver: Laín Entralgo, P. “La medicina hipocrática”. *Biblioteca virtual Miguel de Cervantes*, Web.

últimas páginas de su libro, el sociólogo parece plantear que el tropo del teatro sería más bien una figura instrumental para el estudio de la vida social, en sus palabras:

[D]ebo admitir que en este intento de llevar tan lejos una mera analogía fue en parte una retórica y una maniobra. La afirmación de que el mundo entero es un teatro es bastante conocida para que los lectores estén familiarizados con sus limitaciones. . . (1971, p.284).

En parte, y tomando en cuenta el desarrollo de su planteamiento, Goffman pareciera insinuar, a nuestro juicio, que la teatralidad no alcanzaría para dar cuenta de la complejidad de la vida social, complejidad fundada en el hecho de que la realidad, pensada desde la unidad de la situación social y la interacción entre individuos, se encuentra socialmente definida para ‘hacer frente’ a todo aquello que se escapa de la norma y del guión: “la impresión de realidad fomentada por una actuación es algo delicado, frágil, que puede ser destruido por incidentes pequeños” (1971, p.67). Desconocer el carácter contingente del propio hecho teatral, a nuestro juicio, es reducirlo a pura normatividad y control, observándolo como una acción clausurada al carácter indisponible de la experiencia escénica. Cuestionar esta reducción de la teatralidad, no quiere decir que pensemos de modo ingenuo que el teatro, como toda práctica social escenificada, esté exento a volverse mero procedimiento. Pensamos que el gesto de Goffman queda abierto a la interpretación, pues parece a lo menos curioso que un autor luego de llevar a cabo una ardua tarea por interpretar la realidad social con la mediación de la teatralidad, deseché sin más el valor de su propio esfuerzo teórico.

Sobre el cuestionamiento de los alcances de la metáfora teatral para el estudio de la complejidad de la realidad social, Diana Taylor desde los Estudios de la Performance sugiere que justamente en la teoría teatral y cultural convive una tendencia que condena lo teatral a “lo artificial, construido, ficticio. . . antítesis de lo real y verdadero”, y otra que presenta “lecturas más complejas [donde] lo construido es reconocido como copartícipe de lo real. . .” (2011, p.21). Sobre ello, Taylor declara que es posible dilucidar una diferencia clave respecto al posicionamiento del término de teatralidad y performance en este debate. Si bien tanto la teatralidad como la performatividad

participan de lo real, no lo hacen del mismo modo. La teatralidad, en términos de Taylor, tiende a apegarse a un “guión esquemático” y al nivel normativo de la vida social, mientras que la performance retoma aquella dimensión que la primera parece sacrificar, la cual corresponde al ámbito del riesgo y lo impredecible, cualidades vitales de lo real (Taylor, 2011, p.25).

Si volvemos al planteamiento de Goffman, es posible reconocer, sin embargo, que aquello que el autor define como pautas o rutinas sociales puede ser comprendido no solo como “modos de conducir y determinar el comportamiento de los individuos”, donde estos se vean presos de un guión a ejecutar, sino también como una “socialización anticipante” o un apresto para enfrentar el riesgo siempre presente en la experiencia social (1971, p.67). En este marco una mala actuación sería aquella que cree que todo lo que ocurrirá en el encuentro con su compañero de escena está contenido en el guión, mientras que una buena actuación aquella que trata su pauta como lo que es, un ‘mapa’ que debe ser actualizado en el terreno mismo de la interacción y que no anticipa todo lo que en ella tendrá lugar. En este sentido, Goffman no solo asocia al guión –aquel “guión esquemático” que señala Taylor para definir la experiencia teatral– a un determinismo del comportamiento del individuo, sino también a la posibilidad de entregarle una especie de ‘cartografía’ que le permita moverse con mayor soltura en el terreno siempre inestable y frágil de la comunicación e interacción social (Brisset y Edgley, 2009, p.4). Según lo anterior, Taylor sostiene que la teatralidad se queda en la rigidez del guión, mientras que Goffman ilumina el guión social desde su flexibilidad. Sin embargo ambos autores concluyen, a nuestro parecer, que el nivel de lo impredecible, de la contingencia, no alcanza a ser elaborado desde el marco teatral⁴⁴.

⁴⁴ Contrario a esto, autores como Mauricio Barría, investigador teatral chileno, suman a esta discusión una variable más que relevante. Barría considera que la performance y la teatralidad (vinculada a los procesos performativos), busca tensionar aquellas pautas que reducen lo teatral a un dispositivo cerrado, clausurado, impermeable a cualquier transformación que pudiese ocasionarle su llevarse a cabo y el contacto con el espectador. En esta comprensión quedaría oculta, según Barría, la dimensión temporal de esta experiencia, dimensión capaz de devolverle al teatro su “carácter procesual. . . sus imprevisibilidades, su estado abierto a la posibilidad” (2011, p.117).

En definitiva, comprender que la ‘vida común’ también se encuentra social y teatralmente construida, permite ampliar el enfoque desde el cual aproximarse a la simulaciones clínicas, yendo más allá de la pregunta por el ‘realismo’ de estas prácticas en términos de su apego a un modelo a priori y a la credibilidad de la actuación del Paciente Entrenado o Simulado. En esa misma senda la pregunta por si acaso el marco teatral permite o no abordar lo real más allá de su nivel normativo, resulta a lo menos relevante. Quizás este sea uno de los aspectos más complejos si pensamos en establecer una analogía entre una situación que tiene lugar en un marco de la vida social, y en el marco teatral. Se trata de una variable que, de todos modos, invita a atender y cuidar que esta analogía no signifique observar la primera situación dentro de una perspectiva demasiado rígida de la teatralidad, que omita todo aquello que ha implicado para el propio teatro el giro performativo.

III. LA SIMULACIÓN CLÍNICA CON PACIENTES SIMULADOS EN ESCUELA DE MEDICINA UC

Desde hace más de quince años, la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (EMUC) ha venido desarrollando un trabajo sostenido con actores y actrices en el rol de Pacientes Simulados para la educación de sus estudiantes y futuros médicos. Desde entonces, actores y actrices de diversa formación, han colaborado en las aulas tomando el lugar del paciente, presentando relatos de diversas enfermedades y malestares, y proporcionando escenarios de “aprendizaje situado” para los estudiantes. Si bien estas experiencias se desarrollan actualmente en diversas universidades de nuestro país⁴⁵, la EMUC ha sido pionera en este campo, impactando y precipitando su implementación en las casas de estudio mencionadas.

Esta investigación, como ya hemos desarrollado en los capítulos precedentes, se interroga por la aplicación de la teatralidad en el campo de la simulación clínica médica y en particular en el contexto específico de la EMUC. Con este objetivo, se llevó a cabo un trabajo de campo orientado a conocer in situ estas experiencias. La primera etapa de este esfuerzo, buscó visualizar un panorama general de las instancias de trabajo con Pacientes Simulados, contando para ello con la colaboración de la directora de la Unidad de Pacientes Entrenados UC (UPE), Philippa Moore, y la encargada de la formación de los actores y actrices como pacientes, María Inés Leighton. A medida que comenzamos a conocer las prácticas en curso, observamos la necesidad de aproximarnos a una suerte de génesis de la llegada de Pacientes Simulados a las aulas. Esto, en vistas de enriquecer nuestra comprensión del posicionamiento de las simulaciones en la EMUC.

Así, el presente capítulo, revisa la implementación del recurso de Simulación Clínica con Pacientes Simulados, buscando comprender a futuro las prácticas en su marco

⁴⁵ Universidad del Desarrollo, Universidad de Chile y Universidad Mayor son la principales casas de estudio en Chile donde se trabaja con Pacientes Simulados. La Universidad Diego Portales, al igual que la Universidad Católica de Chile, posee un centro de simulación donde se desarrollan experiencias con dispositivos variados de simulación. En la primera, dichos dispositivos corresponden a modelos computacionales o fantomas (maniqués), pero no actores en el rol de Pacientes Simulados.

histórico, identificando las necesidades en que se basa y las tensiones que las han afectado. Para ello se llevaron a cabo entrevistas a Joaquín Montero, Philippa Moore y Ximena Triviño, docentes claves en el desarrollo de las prácticas; a las actrices Alejandra Rubio y María Inés Leighton, quienes se han desempeñado como encargadas de la formación de los Pacientes Simulados; y al actor Víctor Faúndez, protagonista y testigo de larga trayectoria en estos años de trabajo.

3.1 Génesis de las simulaciones clínicas con Pacientes Simulados

En el año 1995 la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile inicia en nuestro país las primeras experiencias de simulación clínica junto a actores y actrices como Pacientes Simulados⁴⁶. Dichas actividades, en una primera etapa, son desarrolladas en el marco del programa de Medicina General y Familiar del Departamento de Medicina Interna, especialización cuyo enfoque es, en palabras del director del área en ese entonces, “devolver al médico a la primera línea de la atención [que es justamente el nivel donde la interacción médico paciente es clave]. . . y recentrar la medicina en el paciente, más que en el órgano enfermo. . . integrando su contexto familiar y territorial” (Montero, 2013).⁴⁷

A mediados de los años '90, la médico familiar Philippa Moore, docente del actual departamento de Medicina Familiar, propone a Montero iniciar un trabajo

⁴⁶ Muy posteriormente, en el año 2007 y hasta la fecha, la Universidad del Desarrollo (UDD) comienza a trabajar con Pacientes Simulados para instancias de docencia y evaluación médica. Tal como señala en entrevista, Alejandra Rubio quien actualmente se desempeña como encargada de los Pacientes Simulados en la UDD. En el caso de la Universidad Mayor, desde el 2009 se trabaja con Pacientes Simulados exclusivamente para realizar actividades de evaluación de las competencias clínicas y comunicacionales de los estudiantes de medicina, al igual que en la Universidad de Chile (Moore y Leighton, 2012).

⁴⁷ Cabe señalar que los docentes Joaquín Montero y Philippa Moore, los mismos que impulsaron las primeras experiencias con Pacientes Simulados en la EMUC, colaboran con otros médicos y académicos en la implementación del programa de Medicina General y Familiar. Esta iniciativa discute la visión ‘especialista’ que se instala en la medicina en nuestro país a comienzos de los '90. La Medicina Familiar propone un enfoque más holístico y criticando el hecho de perder de vista al paciente como un todo unitario, observando más que al enfermo la enfermedad (Bozzo s/a, Montero 2013).

académico junto a Pacientes Simulados. Habiendo conocido este recurso durante su formación como médico en Inglaterra, su país de origen, Moore observa en él la posibilidad de profundizar en la educación del nivel comunicacional de la relación médico paciente en contexto de consulta. Por su parte, Montero, comprende que el enfoque de la Medicina General y Familiar requiere nuevas técnicas de aprendizaje: “había que replantearse la forma de enseñar la relación médico paciente”, generando escenarios que permitieran “analizar las situaciones que se vivían”. Visualiza entonces en la propuesta de Moore un terreno fértil para la educación médica. Asimismo, en sus años de formación de posgrado, el docente conoce parcialmente el trabajo con Pacientes Simulados en el programa de Educación y Promoción en Salud de la Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos. En este contexto, una de las experiencias que favorece su interés por las posibilidades que podría conllevar el trabajo con esta técnica, es el curso “Educación dialogante”, centrado en el enfoque de la Pedagogía del Oprimido del brasileño Paulo Freire⁴⁸. El curso promueve nuevas formas de docencia basadas en el “aprender haciendo” y en el “paso de una educación centrada en la figura del docente a la del aprendiz como protagonista”, aspectos con los cuales, en palabras del propio Montero, “el teatro calzaba perfectamente”.

Se conjugan entonces los intereses de ambos docentes, y convocan a la actriz Alejandra Rubio, titulada en la Universidad Católica y comprometida con el desarrollo de la relación teatro y educación⁴⁹, a colaborar en las actividades de simulación clínica que comienzan a desarrollar junto a dos actores: María Inés Leighton, actual encargada de los Pacientes Simulados, y Víctor Faúndez, uno de los actores de mayor experiencia en la EMUC. Cabe destacar como antecedente sugerente de esta historia, la influencia

⁴⁸ Perspectiva central para el posterior desarrollo de las propuestas del teatrero brasileño Augusto Boal, autor de la perspectiva del Teatro del Oprimido, referente en lo que es la relación teatro, educación y terapia.

⁴⁹ Rubio se titula como actriz el año 1988 con la tesis “Una experiencia de Psicodrama”, bajo la guía de la psicóloga y psicodramatista brasileña Sonia Santana y el actor y docente de la Universidad Católica de Chile, Rodolfo Bravo. Rubio señala en entrevista que su experiencia con Pacientes Simulados forma parte de un camino de experimentación de lo teatral en diversos contextos: “la mirada desde el psicodrama me abrió el campo a otro tipo de experimentaciones con lo teatral”.

que tiene en ella el médico y director teatral español Ignacio Calvache, quien a mediados de los '90 se encontraba en Chile realizando el proyecto de “experimentación médico teatral” *Diagnosis*. Ello, en colaboración con el Goethe Institut y el programa de posgrado de Medicina General y Familiar (Calvache 1995, p.167). Este trabajo, en el que participara como actriz la propia Rubio, tenía por objetivo “presentar una propuesta teatral innovadora, a partir de una reflexión crítica, sobre el ejercicio de la medicina contemporánea convencional. . . [centrado] en el terreno de la entrevista médica” (1995, p.167). Gracias a Rubio, los docentes Moore y Montero conocen dicha iniciativa, y son alentados a iniciar la exploración con Pacientes Simulados en docencia y evaluación con un grupo de becados de Medicina General y Familiar.

A la luz de la información desplegada, observamos que los fundamentos de las experiencias de simulación clínica con Pacientes Simulados, a diferencia de la tendencia presente en la literatura médica, se orientan a generar un espacio para el ensayo y la profundización de la relación médico paciente. En palabras de Moore, la simulación clínica nos brindaba la posibilidad de “traer la realidad [de la consulta clínica cotidiana] al aula y poder masticar, probar, re-probar y moldear esa realidad”. Dicho de otro modo, la fuerza de este trabajo, en primer término, nace de la posibilidad de proporcionar escenarios de aprendizaje performativo para los estudiantes, antes que asociada al requerimiento de configurar casos clínicos ‘objetivos’ para la formación médica y en especial para su evaluación.

3.2 Las primeras experiencias de simulación clínica

En la primera experiencia que se lleva a cabo con actores en el rol de pacientes, tal como recuerda Moore y Leighton, se decide dar aviso a los becados de Medicina General y Familiar involucrados, que durante una de sus jornadas normales de atención entre todos los pacientes que atenderían uno de ellos sería un actor o una actriz

representando una patología. La idea de la propuesta se basaba en que el actor, a modo de espectador de la performance del médico, pudiese a posteriori informar a los docentes de cómo se había sentido en la consulta gracias al desempeño del médico en formación. Así, la participación de los actores en estas actividades, tal como describe Rubio quien participara la experiencia, se juega en calidad de Pacientes Incógnitos: “como actores partimos de incógnito en el internado de medicina. . . en esa circunstancia fui atendida así como pasando por debajo: no teníamos ni siquiera ficha, era algo totalmente experimental”. En palabras del actor Víctor Faúndez, la tarea consistió en “simular un paciente con ciertas características. . . en ese entonces nosotros éramos conejillo de indias. Se estaba tratando de utilizar Pacientes Simulados para la docencia y se necesitaba actores porque era más rápido el proceso de construcción del personaje”.

Si bien Moore, docente a cargo de las actividades, contaba con la claridad y relevancia de informar de antemano a los becados que entre los pacientes que atenderían se enfrentarían a algunos actores, recuerda que lamentablemente “llegó el día de realizar la experimentación y a esas alturas a muchos de los becados se les había olvidado esta posibilidad”. Moore y Leighon nos cuenta que en ese entonces, al finalizar la sesión, los docentes pusieron al descubierto ante los becados la situación: había sido el día en que tres actores asistieron al policlínico en calidad de pacientes. La noticia no es bien recibida por los becados, algunos de ellos sienten que el espacio privado de la consulta ha sido transgredido haciendo partícipe de ella a un extraño. En palabras de Moore: “Chile no estaba listo para esto. Era la sensación de invasión del espacio de la consulta”.

3.3 La creación de la Unidad de Pacientes Entrenados y la extensión de las simulaciones clínicas en la malla curricular

Durante la segunda mitad de los '90, Moore continúa profundizando en nuevas estrategias de desarrollo de la simulación clínica aplicadas particularmente a la comunicación médico paciente. En colaboración con otros profesionales-entre ellos la

psicóloga Gricelda Gómez del Centro de Educación Médica UC-, busca que los actores y actrices no solo participen de las instancias educativas cumpliendo el rol del paciente y comunicando los síntomas, sino también entregándoles a los propios estudiantes y médicos en formación su punto de vista respecto al desarrollo de la interacción.⁵⁰

Pese a lo anterior, hasta los primeros años del 2000 el trabajo con Pacientes Simulados en la EMUC se mantiene al margen de la malla curricular. Es a comienzos de esta nueva década que la función ejercida por los actores toma fuerza. La EMUC y la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, postulan entonces a un proyecto que compromete recursos del estado para implementar la técnica de evaluación de las competencias clínicas de los médicos creada por Harden (Ver 1.1 El control del aprendizaje...). Técnica conocida en los países de habla hispana como Examen Clínico Objetivo Estructurado, ECOE. La iniciativa busca ponerse al día con las tendencias internacionales que, como ya hemos señalado, fomentan el diseño e implementación de evaluaciones ‘objetivas’ del desempeño clínico médico⁵¹.

Revisando esta etapa, Ximena Triviño, médico pediatra, docente y actual Directora del Diplomado de Educación Médica UC, recuerda que el segundo semestre del 2000 se lleva a cabo uno de los primeros ECOE en el internado de pediatría junto a los Pacientes Simulados del equipo de Medicina General y Familiar (“Aplicación del Examen Clínico...” 2002). La docente reconoce que el éxito de estas actividades impulsa una nueva valoración de las simulaciones clínicas y del trabajo con Pacientes Simulados:

La difusión a todo el currículo de medicina de los pacientes simulados fueron los ECOE. . . Es que con 120 estudiantes si quieres evaluarlos a todos en una

⁵⁰ En la literatura médica esta función es denominada como “feedback”, siendo reconocida como una de las ventajas más sugerentes que permiten los Pacientes Simulados. Ver: Bokken, L. et al. (2009). “Feedback by simulated patients in undergraduate medical education: a systematic review of the literature”. *Medical education* 43 (3) p. 202-10. Recurso electrónico.

⁵¹ Ver Sánchez, I., et al. (2008). “Revitalising medical education: the School of Medicine at the Pontificia Universidad Católica de Chile”. *The Clinical Teacher* (5): 55-61. Recurso electrónico.

situación que sea igual, no hay paciente real que sea igual ni que pueda repetir una y otra vez una entrevista.

Al igual que Triviño, Moore señala que el ECOE, en cierto sentido, favorece la legitimación del trabajo de los Pacientes Simulados en la EMUC. Cabe señalar que previo a ello, gran parte de los docentes ponían en duda el valor de estos en tanto sustitutos del aprendizaje frente a verdaderos pacientes. Sin embargo la capacidad de estandarización y control que demuestra el trabajo con actores y actrices, todos ellos acostumbrados a la repetición de un texto y de una gestualidad corporal, pone en evidencia la eficacia del recurso para la generación de casos clínicos ‘objetivos’. El problema que, a nuestro juicio, se deja entrever en esto, es que el fundamento de esta legitimación del Paciente Simulado potencia un nuevo énfasis en las prácticas, dejando de lado el valor de estas como la posibilidad de explorar la relación médico paciente en un nuevo escenario. Visión que, tal como señalan Moore y Montero, forma parte de las motivaciones centrales en los inicios del trabajo con Pacientes Simulados en la EMUC.

El año 2005, se plantea un proyecto para formalizar el trabajo de los Pacientes Simulados en la unidad académica, en vistas de otorgar mayor estabilidad y continuidad a los conocimientos desarrollados. En palabras de Triviño: “se estaba usando Pacientes Simulados y no había una estructura organizacional, no había un proyecto que dijera: a ver, cómo se va a usar, dónde se va a usar, cómo los vamos a evaluar, cuánto, cómo nos organizamos”. Se crea entonces la Unidad de Pacientes Entrenados UC (UPE) y junto a ella en el Centro Médico de San Joaquín y en el Centro de Educación Médica de Casa Central de la UC, se implementan los boxes de sala de espejo de visión unidireccional. Estos, desde la comprensión de los docentes entrevistados, permiten la observación de la consulta médica con ‘bajo impacto’ para quienes interactúan en ella y constituye a su vez “una evidencia de la maduración colectiva de la metodología y de la institucionalización de la innovación” (Montero, 2013).

La orgánica de la UPE posiciona a Philippa Moore en el rol de su directora y, en ese entonces, a Alejandra Rubio como la profesional encargada de los actores y

coordinadora de la preparación de los casos clínicos. Este cargo en la actualidad lo desempeña la actriz María Inés Leighton. Cabe destacar también que la UPE sustituye el término para nombrar la función de los actores, de Paciente Simulado a Paciente Entrenado. Esto, con el objetivo de, a nuestro juicio, desplazar el énfasis en la condición de simulador del actor, a la de un profesional especializado y entrenado para colaborar en la educación médica⁵².

Actualmente la UPE cuenta con un equipo estable de casi cincuenta actores. En su sitio web presenta el trabajo con Pacientes Simulados en vistas de los siguientes beneficios: en un sentido práctico, por la posibilidad de representar un problema clínico específico y por la disponibilidad de los actores para fines de docencia y evaluación (“representar el problema clínico que se necesita cómo, cuándo y dónde se requiera”); en términos sustanciales, por el aporte que significa para la docencia “el aprendizaje de habilidades de comunicación, anamnesis, examen físico y procedimientos básicos”; en términos del currículum, por el puente que permite establecer entre teoría y práctica; y finalmente en términos éticos, en tanto el trabajo con Pacientes Entrenados “evita el ‘abuso’ de los pacientes reales” y “permite a los estudiantes practicar en situaciones clínicas difíciles y conflictivas” (“Unidad de pacientes entrenados”).

En la actualidad, el trabajo con Pacientes Entrenados forma parte de diversas actividades de docencia y evaluación del currículum médico, tanto de pregrado como posgrado (Ver Anexo I. Visualización...).

⁵² Desde la creación de la UPE se ha buscado posicionar el término Paciente Entrenado por sobre Simulado, con el objetivo de desplazar el énfasis en el hecho de no ser un paciente real, hacia una valoración de la especialización y rigurosidad en la representación de los casos clínicos. Tal como señala la web de la UPE, un Paciente Entrenado es quien “ha sido entrenado para ‘representar’ una determinada patología con los síntomas asociados a ella con un grado de veracidad, consistencia y coherencia”. Pese a ello, en el cotidiano de las actividades desarrolladas, tal como se ha constatado en el trabajo de campo de esta investigación, el término más utilizado para referirse a la tarea que desarrollan actores y actrices es Paciente Simulado. Para efectos de esta investigación utilizaremos indistintamente los términos Paciente Simulado o Paciente Entrenado, parafraseando con ello el cotidiano del escenario en el que se desarrolla.

IV. ETNOGRAFÍA TEATRAL DE LAS PRÁCTICAS DEL CURSO INTEGRADO DE CLÍNICA I

El inicio del trabajo de campo de esta investigación implicó en primera instancia, previo a definir el caso específico de estudio, un rodeo por diversas actividades académicas. Las primeras observaciones fueron realizadas en torno a evaluaciones orientadas a la reválida de médicos extranjeros en Chile, situaciones que igualmente resultaban atractivas de ser pensadas desde un punto de vista teatral. Durante esas primeras experiencias de observación, en consonancia con las expectativas iniciales de la Unidad de Pacientes Entrenados sobre el aporte de la disciplina teatral a las prácticas, nuestras observaciones se centraron en la actuación de los Pacientes Simulados. Se nos había mencionado con anterioridad que el teatro podía apoyarlos a juzgar cuán creíbles resultaban las actuaciones de los actores en los casos clínicos, fundamentando esta inquietud en que los estudiantes como adultos necesitaban de “situaciones creíbles” para sus aprendizajes, no así como los niños cuyo aprendizaje es inseparable de un nivel lúdico (Moore y Leighon, 2012). Así, tal como en las actividades el docente médico observaba, tras el espejo, la performance de los médicos que uno a uno ingresaban a la sala para ser evaluados, nosotras como ‘especialistas’ de la disciplina teatral nos posicionamos a observar el ‘rendimiento’ actoral de los Pacientes Simulados.

Sin embargo paulatinamente, en el transcurso del terreno, nos fuimos interesando por otras aristas del trabajo. Junto con motivarnos por conocer en qué consistía el recurso actoral del Paciente Simulado, cómo se presentaba ante el estudiante, cuán creíble y efectiva resultaba su performance, nos interesó acceder a cómo preparaban sus actuaciones. Gracias a la relación que establecimos con la UPE pudimos asistir a algunos de los ensayos del cuerpo de actores. Sin embargo a poco andar la escena que comenzaba a instalarse ante nosotros bajó abruptamente su telón. Parte importante del equipo de Pacientes Simulados comenzó a cuestionar la asistencia de personas externas

a sus actividades. La inquietud del grupo de actores y actrices, revelaba cierto temor a ser juzgados en sus actuaciones y un fuerte rechazo a la idea de convertirse en ‘objetos de estudio’ de una investigación que podría serles en algún sentido desfavorable. Si bien en términos prácticos este suceso significó detener las observaciones a la espera de la resolución del Comité de Ética Médico que autorizara nuestra presencia, implicó a su vez una ganancia. Despertamos al esfuerzo del grupo de Pacientes Entrenados por proteger su espacio laboral tras años de legitimar su función dentro del área de la Educación Médica, así como también a la inquietud que generaba en los mismos el súbito interés de la Escuela de Teatro por su trabajo, en tanto podía significar una amenaza a la estabilidad profesional del grupo⁵³. El tiempo de espera favoreció repensar las preguntas que movilizaban la investigación y en específico el foco del estudio: ¿buscábamos estudiar específicamente la actuación de los Pacientes Simulados? ¿Podíamos desde el teatro aislar el elemento actoral del desarrollo de las prácticas sin considerarlas en la totalidad de sus factores?

En este sentido, si en un comienzo el foco ‘natural’ de la investigación parecía ser la actuación de los Pacientes Simulados, en tanto únicos actores de las prácticas, esta vuelta reflexiva y el desarrollo de los referentes teóricos de esta investigación, permitió descubrir que el campo aplicado de la simulación era mucho más amplio que el desempeño actoral de estos. Asimismo que la propia competencia de las investigadoras teatrales no solo implicaba una reflexión sobre la actuación, sino también sobre el ‘todo’ en juego en las prácticas. De este modo el desarrollo del trabajo de campo, de ahí y en adelante, se amplió, disponiéndonos a observar la relación entre actores/espectadores, el espacio del ‘adentro’ de la escena y el de ‘fuera’ de ella, la relación actor/rol, entre otras dimensiones que desplegaremos en las siguientes páginas⁵⁴.

⁵³ Las tensiones anteriormente señaladas fueron cediendo en primer término de la conversación y confianza que el propio trabajo de campo fue instalando. Junto a esto, también gracias a medidas formales, como la presentación del proyecto al Comité de Ética Médico de la Escuela de Medicina UC, de modo de que los actores y actrices pudiesen aprobar o rechazar ser observados en sus tareas (Ver Anexo 2. Certificado Comité de Ética Médico).

El momento antes descrito y las reflexiones emergentes, coincidieron con otro dato significativo. En las semanas de espera de la resolución del Comité de Ética Médico que nos permitiría volver a enfocarnos en la observación de las actividades pedagógicas, tomamos contacto con dos estudiantes que se desempeñaban como ayudantes de la UPE en el contexto del curso Integrado de Clínica I. Su labor consistía en recoger, por medio de encuestas, las percepciones de los estudiantes y docentes sobre el desempeño de los Pacientes Simulados, evaluando cuán creíble y ‘natural’ resultaban sus actuaciones, así como también la precisión en la representación de la sintomatología correspondiente a cada caso. Ambos estudiantes, en nuestras primeras conversaciones, nos señalaron que para ellos el principal valor de las prácticas de Simulación con Pacientes Simulados era que les permitían contar con un espacio para ensayar el rol de médico y para aprestarse al encuentro con el paciente en la consulta, considerando que este momento a muchos de sus compañeros les producía gran ansiedad. La fuerza de esta comprensión por parte de los estudiantes, nos motivó a demorarnos en conocer las experiencias que se estaban desarrollando en el curso Integrado de Clínica I, visualizando en ellas situaciones donde, definitivamente lo teatral no solo descansaba en la presencia y participación de los actores en el rol de pacientes. Este descubrimiento incipiente, sería a posteriori, el que fundamenta desde el trabajo de campo que esta tesis se enmarque teóricamente desde el enfoque Dramatúrgico de la Teoría Social y de la perspectiva de los Estudios de la Performance de la teoría teatral, integrando ambos enfoques.

Sumado a lo anterior, la elección de este curso como caso particular de estudio, dice relación a su vez con otros factores: su posicionamiento como el primer curso de la malla curricular en el cual la totalidad de los estudiantes tienen la posibilidad de interactuar con un Paciente Simulado, así como también por su trabajo sostenido durante el semestre con simulación clínica. Cabe señalar, asimismo, que la realización de este curso coincidió con los tiempos de esta investigación destinados para la observación, conformándose así como una unidad viable para pensar los límites y las posibilidades de las prácticas de Simulación Clínica desde una perspectiva teatral.

En los siguientes acápite nos interesa, en primer lugar, dar un rodeo descriptivo por el curso Integrado de Clínica I, presentar al lector brevemente en qué consiste este espacio de formación y qué lugar cumplen en él las simulaciones clínicas. Luego de ello daremos espacio a dos asuntos: mostrar someramente cómo se desarrolla el trabajo de ensayo y preparación de los casos clínicos, en tanto condiciones de posibilidad de las prácticas, y presentar cómo se estructuran las sesiones pedagógicas observadas.

Posterior a lo anunciado, nos interesa enfocarnos en desarrollar los hallazgos que se desprenden del trabajo de campo en torno al grupo de prácticas observadas. En este último punto retomaremos y profundizaremos lo introducido recientemente: cómo el trabajo de campo de esta investigación ilumina una suerte de desplazamiento del foco de observación que consiste en el paso de una mirada acotada al actor, hacia la consideración de la situación ‘total’ en juego en las prácticas de simulación clínica observadas. Lo anterior será explorado tanto desde un nivel descriptivo e interpretativo, poniendo en diálogo una selección del trabajo de campo con las perspectivas introducidas en el marco teórico de esta tesis.

4.1 Aspectos pedagógicos del curso Integrado de Clínica I

En términos descriptivos, Integrado de Clínica I corresponde a un curso inaugurado el año 2006 de la mano del docente y médico gastroenterólogo Robinson González. El curso consiste en una instancia teórico-práctica cuyo objetivo es justamente introducir a los estudiantes al aprendizaje de habilidades clínicas para desarrollar y experimentar las bases fundamentales de la relación médico paciente, basadas en la comunicación y la semiología médica⁵⁵. El contenido de Integrado de Clínica I se estructura en cinco bloques de síntomas: dolor, disnea y fatigabilidad, síndrome febril, hemorragia, y compromiso del estado general y baja de peso. Cada uno

⁵⁵ La semiología médica es la “parte de la medicina dedicada al estudio de los signos, que son objetivos, y síntomas, que son subjetivos, de las enfermedades” (Diccionario médico).

de estos es presentado a los estudiantes en clases expositivas y prácticas. En las primeras, los estudiantes son introducidos a las bases fisiopatológicas⁵⁶ de estos y a ciertas técnicas básicas para realizar una entrevista clínica; cómo deberán realizar las preguntas al paciente para que este describa sus síntomas, y al modo de registrar estos síntomas en la ficha clínica. A estas clases asiste el grupo de estudiantes en su conjunto, aproximadamente ciento veinte jóvenes. Las clases prácticas, por su parte, se realizan en grupos pequeños de ocho a diez estudiantes y en salas de espejo de visión unidireccional. Estas sesiones son las que cuentan con la presencia de Pacientes Simulados, cuyo estudio abordaremos en las siguientes páginas.

En las sesiones prácticas del curso los estudiantes tienen la posibilidad de explorar los diversos síndromes gracias al trabajo con Pacientes Simulados o Entrenados⁵⁷. En este contexto, cada uno de los estudiantes debe entrevistar, al menos una vez durante el semestre, a un Paciente Entrenado que presenta una de los síndromes estudiados previamente. La entrevista clínica se realiza frente al resto del grupo de estudiantes y al docente, quienes permanecen ocultos del otro lado de la sala en calidad de espectadores. En este sentido la experiencia de aprendizaje para los estudiantes se realiza tanto desde el lugar de la actuación, entrevistando a un Paciente Entrenado, como desde la expectación de la entrevista realizada por un compañero.

Previo a las sesiones prácticas, los estudiantes del curso pueden acceder en la página web de este para conocer las acciones concretas que deberán ser llevadas a cabo en la entrevista. Estas acciones corresponden tanto a la información específica que deberán obtener del paciente, como también al ‘modo’ de obtenerla. Ello, como si se tratase de preparar de antemano el ‘guión’ del encuentro que tendrán con el Paciente Entrenado, lo mismo que un actor antes de salir a escena: “tengo que ofrecerle asiento al paciente, mirarlo a los ojos, hablarle de forma sencilla y sin tecnicismos, preguntarle qué

⁵⁶ La fisiopatología es la rama de la medicina que “estudia las alteraciones funcionales del organismo o de alguna de sus partes” (Diccionario médico).

⁵⁷ Como hemos señalado con anterioridad utilizaremos indistintamente el término Paciente Simulado y Paciente Entrenado acorde al modo cotidiano de referirse a los actores que interpretan el rol de paciente en la EMUC.

es lo que siente, entre otros” (González, 2013). El estudiante también cuenta con la información sobre el síndrome al que pertenece las manifestaciones patológicas que representará el Paciente Entrenado. Si bien conoce este dato, no sabe de antemano cuál será exactamente el caso clínico que el Paciente Entrenado llevará a escena: un cólico renal, una cefalea, una anorexia nerviosa, entre otros. El objetivo de esto es que los estudiantes, en las sesiones prácticas, aprendan a explorar los síntomas y signos en la interacción con el paciente por medio de las preguntas, la escucha atenta de su relato y la observación de su comportamiento corporal. De ahí que uno de los docentes del curso recuerde a los estudiantes que “la clínica médica no es más ni menos que el escenario donde se hacen visibles los síntomas del paciente” (Alvarado, Crónica 3).

A lo largo del semestre los estudiantes son evaluados en su aprendizaje y desempeño clínico por medio de dos exámenes, uno de ellos realizado a mediados del semestre y otro al final. Las prácticas de las que daremos cuenta en las próximas páginas corresponden únicamente a sesiones de docencia, donde la variabilidad y el margen de libertad en la interacción entre el estudiante y el Paciente Entrenado, así como también la presencia del resto de los estudiantes, más allá del espejo, hace que la situación sea más rica para ser pensada desde su teatralidad.

4.2 El entrenamiento de los Pacientes Simulados: los casos clínicos de la familia Castro-Pantoja

Los casos clínicos representados por los actores y actrices tienen como objetivo presentar a los estudiantes los cinco bloques de síndromes mencionados. Para construir los casos de cada uno de estos síndromes, la Unidad de Pacientes Entrenados (UPE) ha creado la convención de la familia Castro-Pantoja. Se trata de un padre, Mario Castro (un hombre de unos cincuenta años), la madre, Sofía Pantoja (una mujer de unos cuarenta y cinco), y la hija, Magdalena Castro (una joven de unos veintidós años). En las

clases, los actores y actrices darán vida a esta familia. Al crear un grupo familiar de casos clínicos, el objetivo de la UPE es facilitar a los estudiantes el aprendizaje de la realización de la historia clínica de los pacientes, entendiendo que una familia comparte datos significativos que se exploran en una entrevista clínica, desde el contexto socioeconómico de la persona, hasta enfermedades familiares (Moore y Leighton, 2012). De este modo, al correr de las sesiones los estudiantes podrán recordar el encuadre sociocultural y familiar de cada paciente.

En las sesiones prácticas, el curso se divide en catorce grupos de ocho a diez estudiantes aproximadamente. Cada uno de estos grupos trabaja con simulación semana por medio. Es decir, cada semana siete grupos guiados por un docente desarrollan simultáneamente, pero de modo independiente, las instancias de simulación de la entrevista clínica. Para ello siete actores interpretan el caso de Mario Castro, siete actrices el de Sofía Pantoja y otras siete actrices el de Magdalena Castro. Esto implica que cada grupo conocerá a tres pacientes a lo largo del semestre.

Cada tarde de miércoles los estudiantes acuden a las salas espejo del Centro Médico San Joaquín y del Centro de Educación Médica de Casa Central UC, para practicar la entrevista clínica junto a un Paciente Entrenado. En las sesiones, junto al docente, el grupo trabaja en torno a la experiencia que dos de ellos realizará al entrevistar a un Paciente Entrenado. Es decir, por cada sesión un Paciente Entrenado presenta dos casos clínicos. Por ejemplo, Mario Castro, interpretado por un actor, acude a la consulta-sala espejo por un caso de neumonía y luego del recreo que divide la sesión, tras un sencillo cambio de vestuario, se presenta ante el mismo curso por un caso de hemorragia, proponiendo aquí la convención de que ha pasado un tiempo de al menos unos meses entre una visita y otra.

Desde los inicios de la UPE, los actores y actrices han contado con un guión para preparar el caso clínico que deberán representar. Se trata de una pauta donde se indica la información que deberán comunicar al momento de la consulta y otros antecedentes contextuales orientados a la creación del ‘personaje’. En el caso de la familia Castro

Pantoja los guiones son diseñados por Moore y Leighton. Esta guía que se les entrega por escrito a los actores y actrices, presenta los datos que constituyen la historia clínica del paciente. Se trata de la misma pauta que los estudiantes del curso deberán ser capaces de completar, por medio del lenguaje médico, posterior al encuentro y a la conversación atenta que llevarán a cabo con el paciente. Esta pauta presenta la siguiente información⁵⁸:

1. Identificación del paciente: Nombre completo, edad, sexo, fecha de nacimiento, Rut, dirección, entre otros. En este punto también pueden encontrar una descripción de las características psicológicas del paciente, donde se señala con qué emocionalidad se presenta este al momento de la consulta. Asimismo se incluyen las características socioeconómicas del paciente y los antecedentes de enfermedades de su núcleo familiar.

2. Motivo de consulta: en este punto se describe por qué el paciente acude a la consulta. Desde el punto de vista del actor se trata de una información relevante, puesto que las razones del paciente no siempre coinciden con la sintomatología que presenta. Particularmente el caso de Magdalena Castro donde se representa una anorexia nerviosa, el texto precisa que su madre está preocupada por su peso y para dejarla tranquila ella acude a la consulta, de modo de demostrarle con evidencias médicas que todo anda bien.

3. Anamnesis próxima: se trata del momento más relevante de la historia clínica. Corresponde a la descripción de la sintomatología actual que aqueja al paciente. Para preparar su performance, el Paciente Simulado debe conocer los síntomas que presenta, la fecha de aparición, su localización, forma de aparición, intensidad, ritmo, periodicidad, entre otras variables que permiten caracterizar la dolencia. A esto se agrega una información referente a la perspectiva del paciente sobre los síntomas, esto es, creencias o significados que le da a su enfermedad, ideas que atribuye para explicar el problema, reacciones emocionales frente a la situación, preocupaciones y las expectativas frente al médico, es decir, qué espera de la consulta.

⁵⁸Datos extraídos del Manual de Semiología. Escuela de Medicina UC, Web.

4. Anamnesis remota: esta información está compuesta por los antecedentes mórbidos personales (enfermedades previas y tratamientos, hospitalizaciones y cirugías, antecedentes ginecoobstétricos, hábitos-consumo de tabaco, alcohol y drogas, factores de riesgo, accidentes, uso de medicamentos y alergias) y los antecedentes mórbidos a nivel familiar.

Esta información que el Paciente Simulado posee para preparar su actuación está construida en la forma de un relato flexible que deberá ser manejado con gran perfección. El actor deberá incorporar este guión de tal forma que sea capaz de responder a las preguntas del estudiante en rol de médico sabiendo que muchas veces el orden de estas variará. Sobre esto último, Moore y Leighton señalan que la comprensión del guión del Paciente Simulado como un instrumento flexible, abierto a la relación con el estudiante o médico, es un descubrimiento relativamente nuevo. En los inicios de la UPE, acorde a las demandas médicas, el guión era concebido de un modo rígido, pautando de manera estricta el dialogo entre el paciente y el médico: “cuando el médico dice esto, hay que responder esto” (Moore y Leighton, 2012). Como señala esta última, la flexibilidad del guión se fue descubriendo en el propio trabajo. En estricto rigor fueron los propios actores quienes comenzaron a “ablandar el texto”, y en cierto sentido, a “adecuarlo a la escena”. Al respecto, Moore agrega que el énfasis del guión es describir al paciente como persona y no tanto su enfermedad. Es por ello que los guiones han sido profundizados por Leighton y el grupo de Pacientes Simulados en la instancia de los ensayos, de modo de ‘ponerle carne’ a los casos clínicos que representarán.

En los inicios de Integrado de Clínica I, el docente Robinson González, quien lidera la implementación del curso, diseña las actividades con Pacientes Simulados de manera prácticamente autónoma, es decir, sin la colaboración activa de la Unidad de Pacientes Entrenados más allá de ‘prestar el servicio’ del equipo de actores. Así, en un comienzo del curso los actores y actrices debían interpretar solo un caso clínico, es decir, una actriz entraba a una sala representando a Sofía Pantoja con un dolor abdominal y luego otra actriz entraba a escena interpretando a Magdalena Castro con

cefalea. Como señala Moore, esto implicaba que los actores debían correr de un lado a otro sin poder concentrarse en participar de una clase en particular. Ante esto, y luego de una experiencia semestral, en colaboración con la UPE, se resuelve que cada grupo durante su sesión semanal trabajaría con un solo actor o actriz que interpretaría a un mismo paciente pero en dos situaciones distintas, las cuales corresponderían a dos problemas clínicos. Es decir, una actriz sería parte de una de las sesiones presentándose como Sofía Pantoja aquejada de una cefalea y luego en la misma sesión volvería a ser entrevistada por otro estudiante por un cólico biliar. En un comienzo esta idea despertó resistencias por parte de docentes y estudiantes, pues se señalaba que sería poco creíble que el Paciente Simulado entrara dos veces durante una clase de tres horas con cuadros clínicos distintos. Pese a ello, la UPE argumentó que en términos organizativos esto significaba una ventaja y que pensando en la credibilidad de la experiencia se trataba de algo similar a cuando uno va al cine y ve a un actor ya conocido interpretando un nuevo personaje: “vas a ver a Roberto De Niro a hacer un personaje y luego hace otro y no tienes problemas con eso. Aquí es igual” (Leighton y Moore, 2012).

Además de contar con el guión de los casos clínicos a representar, la UPE realiza dos instancias de ensayo para el grupo de actores y actrices que se organiza según el personaje que deberán representar. Es decir, primero todas las siete “Sofías Pantoja”, en otro momento los siete “Mario Castro” y finalmente las siete “Magdalenas Castro”. El primer ensayo para actores y actrices comienza con el repaso oral de la información de los dos casos clínicos a preparar. Por ejemplo, las siete actrices que representarán a Sofía Pantoja van entregando características de los casos: “Sofía Pantoja es casada con Mario Castro, taxista. Tienen tres hijos. Es tranquila, reservada”, al tiempo que otra actriz agrega: “es aparentemente tranquila pero en verdad se guarda todo”. Junto a esta información, se repasa con detalle la gestualidad de los dolores: “deben decir que el dolor es pulsátil y otras veces extendido. Recuerden señalar que el dolor se les pone aquí en la frente, como si tuvieran una pesadez en el cerebro. Deben dibujar el dolor con la mano y describirlo verbalmente” (Sarkis, Crónica Ensayo Sofía Pantoja).

La instancia de ensayo es un momento interesante en tanto el conjunto de actrices que representarán a un personaje colaboran en la construcción de este: “a diferencia de una obra de teatro donde todas quieren ser Ofelia, pero esto es privilegio de una sola actriz, aquí el personaje es compartido. Hay siete Sofías Pantoja y se colabora en que el personaje aparezca de la manera más fiel en cada una de ellas” (De la Parra, Crónica Ensayo Sofía Pantoja). En esta instancia también se acuerda el vestuario del personaje. Cada actor y actriz deberá traer su indumentaria para la personificación del caso clínico acorde al consenso grupal. El ensayo se condice con el propósito de estas prácticas de simulación: que los estudiantes puedan realizar la misma experiencia frente a un mismo caso clínico.

La preparación del caso consiste en dos ensayos. El primero se centra principalmente en un repaso verbal donde el conjunto de actrices o actores recuerdan los datos y características fundamentales de la paciente. Luego de ello, una de las actrices sale a escena para ser entrevistada por Leighton, quien asume el rol de médico. El resto del grupo observa la entrevista y posterior a ella discute cómo estuvo la escena para realizar nuevos ajustes. También se prepara la instancia del feedback, momento en que los actores y actrices deberán manifestar qué les pareció la entrevista al estudiante que salió adelante para realizar la simulación de la consulta frente al curso. El segundo ensayo, nombrado como el “piloto”, es realizado por Leighton y González, docente a cargo del curso. En esta sesión este último revisa el trabajo realizado por el grupo, responde preguntas relativas a los síntomas y de ser necesario realiza ajustes específicos.

4.3 Estructura de las prácticas pedagógicas y espectro de la observación teatral

Las sesiones prácticas de Integrado de Clínica I tienen una duración de tres horas para la realización de dos entrevistas clínicas y la exploración de los síntomas por parte de los estudiantes, una vez realizada la situación de consulta con el Paciente Simulado.

Las entrevistas en torno a los dos casos clínicos representados por un actor o actriz, son divididas por una pausa de descanso que da tiempo al Paciente Simulado a realizar un cambio de vestuario con el fin de favorecer la representación del nuevo caso clínico ante los estudiantes y el docente. Por ejemplo, para los dos casos de la paciente Magdalena Castro, tal como señalamos, las actrices jóvenes representan en primera instancia una anorexia nerviosa y luego un problema asociado a intolerancia a la lactosa. Para ello, en primera instancia acuerdan asistir a la consulta con ropa holgada y con la cara muy deslavada, y luego en el recreo para representar el último caso que supone que Magdalena ya se encuentra en tratamiento por la anorexia y que ya presenta importantes mejorías, cambian su vestuario a ropa más ajustada e integran un toque sutil de maquillaje para dar cuenta de su nueva situación.

Previo a la realización de la primera entrevista, el docente repasa algunos asuntos relevantes para la exploración de los síntomas, cuestiones sobre el contenido de cada caso clínico así como también algunos recordatorios y recomendaciones para enfrentar la entrevista clínica.

Una vez realizada la entrevista, el docente junto a los estudiantes que permanecieron en el lugar de los espectadores y al estudiante que entrevistó al paciente discuten sobre lo observado, revisan si algunos aspectos quedaron pendientes para ser preguntados nuevamente al Paciente Simulado que entrará al lado de la sala donde se encontraban los espectadores y el docente. Una vez definido lo anterior, el Paciente Simulado entra al espacio descrito, contesta nuevas preguntas y entrega su feedback al estudiante que lo entrevistó, señalándole desde el punto de vista del personaje cómo se sintió en la situación de consulta ante su desempeño como médico.

La observación de las prácticas que revisaremos en las páginas siguientes, no solo incluyen los momentos antes descritos referentes a la situación pedagógica en sí, sino también versan sobre los momentos anteriores a la llegada de los estudiantes, donde el actor o la actriz esperan y se preparan para la salida a escena. En ese sentido la observación hace referencia a diversas ‘regiones’ (Goffman, 1971, p.117) que componen

las prácticas de simulación clínica considerando tanto la ‘escena de aprendizaje’, es decir, la interacción entre el Paciente Entrenado y el estudiante, la relación de estos con los espectadores, estudiantes, docentes y teatristas que permanecemos del otro lado del espejo, así como también el momento preparatorio en el cual estudiante y Paciente Entrenado se disponen al ‘encuentro escénico’. Las crónicas que documentan el trabajo de campo y que serán citadas en los próximos párrafos, dan luces de cada uno de estas ‘regiones’, las cuales permiten explorar no solo cómo el Paciente Entrenado y el estudiante se presentan entre ellos y a su vez ante el equipo de espectadores, sino también cómo preparan su presentación. Esto, de modo de acceder al momento de la configuración de aquello que desplegarán los actores en escena, así como también de visualizar qué dejan fuera de ella (Goffman, 1971, p.34).

4.4 Las actuaciones de Pacientes Simulados y Estudiantes

La simulación ha infundido a la medicina el poder transformador del teatro.
El médico que examina se interpreta a sí mismo, pero la interpretación teatral le permite ser más él mismo, llegar a la plenitud de su propia esencia como médico.
El actor, por el contrario, pasa a ser otra persona (un paciente enfermo con una Historia clínica individualizada), pero acorde a su tipo físico y su indumentaria propia, así el simulador se mantiene en parte como sí mismo.
(Gerould 1989 p.11-12, la traducción es nuestra)

Esta investigación, tal como hemos venido desarrollando, propone visualizar y pensar las prácticas de simulación clínica del curso aquí en cuestión, como un ‘encuentro escénico’ entre un estudiante que se posiciona en el rol de médico, un actor o actriz que asume el lugar del paciente, y un público. Instancia que estaría orientada a

desarrollar una experiencia de aprendizaje en torno a los aspectos semiológicos y comunicativos de la entrevista clínica. En este ‘encuentro escénico’, tanto quien se desempeña como paciente como quien lo hace de médico devienen actores. Ambos lados de esta relación asumen una nueva identidad por medio de determinadas estrategias para representar y presentar ante el otro y el resto del público el papel que a cada cual le ha sido asignado. Mientras el actor en su función de paciente es entrenado para representar un determinado caso clínico, por medio de las prácticas de simulación clínica los estudiantes ensayan el rol de médico y se aprestan a las instancias futuras que deberán enfrentar en el encuentro con verdaderos pacientes. La convergencia entre la práctica teatral escénica y la simulada resulta aquí evidente. Sin embargo a ojos de la propia Unidad de Pacientes Entrenados se trata realmente de una novedad. Basta recordar las primeras aproximaciones al escenario de la Escuela de Medicina UC y las conversaciones iniciales que sostuvimos con las profesionales de la UPE sobre la relación entre el teatro y la simulación clínica, donde se nos señaló que precisamente el gran esfuerzo del trabajo desarrollado hasta ahora ha sido alejarse de lo teatral y acercarse más bien a una actuación cinematográfica. Cabe mencionar, asimismo, la evaluación que la UPE realiza de las simulaciones clínicas una vez terminado el curso, la cual ha tendido a privilegiar la pregunta por el ‘rendimiento’ actuarial de los Pacientes Entrenados, insistiendo en la necesidad de que estos desarrollen una actuación ‘natural’ y apegada a lo que sería un verdadero paciente. El resquemor hacia el teatro, tal como se introdujo en el capítulo teórico de esta investigación, coincide aquí con su asociación a lo falso y lo artificioso, quedando en penumbras otros aspectos de lo teatral que nos interesa ir develando a la luz de las observaciones de las prácticas que desplegamos en el presente capítulo. Aspectos que tienen relación con la comunicación escénica y que permiten abrazar otros factores relevantes en el desarrollo de las prácticas, entre ellos la visualización de que el propio estudiante se encuentra en una situación de actuación⁵⁹.

⁵⁹ Recordemos la apelación que algunos autores de la propia educación médica señalan respecto a la relevancia de comprender las simulaciones clínicas como prácticas sociales, es decir, situaciones contextualizadas en un espacio y tiempo determinado que no solo comprometen a aquel sujeto que simula

Nos detendremos en esto último en el próximo apartado. Por ahora quisiéramos dar espacio para reflexionar primeramente sobre las cualidades de la actuación del Paciente Simulado a partir de las observaciones realizadas.

4.4.1 Pacientes Simulados: el olvido del actor y la distancia actor-rol

En la primera sesión del curso, titulada “Introducción al uso de Paciente Entrenado para los alumnos de tercer año de Medicina UC”, llama la atención cómo se presenta el trabajo de simulación clínica a la totalidad de los estudiantes. Es la primera vez en sus tres años de estudio que cada uno de ellos tendrá la experiencia de entrevistar a un Paciente Simulado y trabajar a lo largo de todo el semestre con situaciones de consulta. Ante esto, el equipo docente compuesto por el profesor a cargo del curso y la docente Moore, en su rol de directora de la Unidad de Pacientes Entrenados, presentan a los estudiantes cómo será el trabajo junto a los Pacientes Simulados. En esta suerte de ‘escena inaugural’, llevada a cabo en una gran sala a modo de anfiteatro, los estudiantes son espectadores de un ejemplo de simulación de entrevista clínica. Una ‘supuesta’ estudiante de cuarto año, habiendo cursado la asignatura en el semestre anterior, se ofrece para entrevistar ante sus compañeros a un Paciente Entrenado de unos cincuenta años de edad. La sesión es dirigida por un ‘docente’ encargado de moderar la situación y de generar preguntas a los estudiantes. Una vez realizada la entrevista, y luego de solicitar a estos que discutan sobre el desempeño de la chica que entrevistó al Paciente Simulado, Moore pone al descubierto ante la audiencia el artificio de la situación: tanto docente, estudiante y paciente no son tales sino actores y actrices de la UPE. Ante la noticia, los estudiantes reaccionan sorprendidos, señalando que realmente habían creído que el único actor que participaba en la actividad era el paciente. En palabras de una estudiante:

ser el paciente sino a todos aquellos que participan de las actividades (Dieckman et al.,2007; e Ylienieni, 2012).

Tuvimos en la primera clase como un sketch. Vino una alumna y un actor y ella lo entrevistó. Ahí yo me di cuenta cómo iba a ser la experiencia del curso. Y el actor era muy buen actor, como que interpretaba bien los síntomas. *Era tan buen actor que me engañó.* Ahí me di cuenta que los actores hacían muy bien su trabajo. Esa clase era como un ejemplo de lo que iba a ser la entrevista. Había un doctor que llamaba a una alumna de cuarto año para que hiciera un ejemplo de cómo iba a ser la entrevista y al final todos eran actores, eso uno lo sabía al final. Yo me acuerdo que incluso el doctor nos engañó. Nos había engañado, pero igual fue impactante porque era súper creíble y yo dije al principio, *chuta, chuta son actores, se les puede notar y no les voy a creer.* Pero cuando me hicieron caer en eso yo dije *en verdad son buenos actores.* (El énfasis es nuestro)

Tal como señala la estudiante, pareciera ser que la validez del Paciente Simulado reside en su capacidad por borrar toda huella que hace visible su condición de actor. La acción descrita es diseñada por la UPE con el objetivo de demostrar a los estudiantes que los actores son totalmente capaces de representar a un paciente bajo un parámetro de “alta fidelidad” (Dieckman et al., 2007; Quezada y Prados, 2005; entre otros), muy acorde a los efectos buscados por la mayoría de los equipos de educación médica en diversas universidades. Cuestión que, tal como señalamos en páginas anteriores, coincide con el principal esfuerzo de las profesionales que lideran el trabajo de simulación clínica de la EMUC, el cual ha sido que tanto docentes como estudiantes validen el trabajo junto a Pacientes Simulados, entendiendo que dicha validación descansa en la calidad actoral en términos de la posibilidad de mimar a un verdadero paciente. Comprensión que, pensando desde una perspectiva actoral y tomando a Richard Schechner como referente teórico, podría enmarcarse en una actuación realizada en los márgenes de un teatro realista, cuyo principio sería que “el actor está encerrado dentro de su propio papel. . .el actor ‘desaparece dentro del papel’” (2012, p.286). La propia directora de la UPE, en la misma línea, comenta a los estudiantes que “la prueba

máxima de efectividad de los Pacientes Entrenados ocurre en séptimo año, en el internado, cuando muchos de los alumnos confunden a los pacientes simulados con pacientes reales” (Sarkis, Crónica 1).

Al igual que esta primera sesión realizada en conjunto con todos los estudiantes, las sesiones siguientes del curso dan cuenta de distintos momentos en los que el tratamiento actoral del Paciente Simulado presenta cualidades similares. Tanto en el desarrollo de la escena propiamente tal, cuando este hace su ingreso al otro lado del espejo y es entrevistado por el estudiante, como en los espacios preparatorios de la escena, la actuación del Paciente Simulado pareciera tener como regla tácita permanecer en el rol del paciente y no mostrar los trazos que develan su condición de actor.

Así, previo a la llegada de los estudiantes a la clase, los actores y actrices adoptan diversas estrategias para exponerse lo menos posible a los ojos de estos. Si por temas de espacio físico lo anterior se torna difícil —como en la sala de espejo ubicada en el Centro de Educación Médica UC donde los actores esperan la entrada a escena en una sala de espera anterior a la sala de clases—, los Pacientes Simulados deben cuidar siempre estar en ‘actitud de personaje’, de modo de que los estudiantes solo se enfrenten al rol del paciente y no al actor que lo interpreta. Así lo testimonia la siguiente crónica:

Converso con el actor, ambos sentados en los sillones a la entrada del Centro de Educación Médica UC. Es un espacio similar al estar en la ‘sala de espera’ o en lenguaje teatral ‘tras bambalinas’, a la espera de entrar a escena. Sin embargo ese ‘fuera de escena’ en este contexto sigue siendo un lugar donde el actor se mantiene en personaje y debe evitar la mirada de los estudiantes. Al respecto, el actor me cuenta que hace una semana un estudiante del grupo se le sentó a lado en el momento del recreo y le preguntó: ¿cómo se llama usted? La respuesta del actor fue: Mario Castro. Entonces el estudiante le dijo, insistiendo: “no, no el paciente, ‘usted’ el actor”. El actor, incómodo, le respondió: “Ahora no podemos conversar sobre eso”. (Alvarado, Crónica 3)

En el espacio de la pausa o recreo continua este patrón. Ha finalizado la primera entrevista realizada entre un estudiante y un Paciente Simulado. Estudiantes, docentes y nosotras como investigadoras, es decir la totalidad del grupo involucrado en la sesión, ya vimos aparecer al Paciente Simulado con su respectivo vestuario, sabemos que no se trata de una persona realmente enferma sino de un actor que está interpretando el rol de Sofía, Magdalena o Mario. Sin embargo, pese a que contamos con este dato y que el actor, luego del recreo, deberá volver a escena para presentarnos una nueva dolencia, en este espacio donde todos conversamos sobre el trabajo realizado, el actor suele seguir esforzándose por permanecer en rol, por aparecer ante nosotros como un paciente y no como un actor que colaboró en la instancia de aprendizaje. Si bien esto permite seguir con la convención de que estamos frente a un verdadero enfermo, mantiene al actor marginado de un espacio reflexivo que podría significar una ganancia para el grupo. La siguiente crónica ejemplifica lo señalado:

Me siento en los sillones afuera de la sala. Frente a mí está la actriz y de pie del docente junto a un estudiante. Conversamos de algunas cosas y llama mi atención que la actriz permanezca en silencio. . . Es como si siguiera en personaje. Ya no se esconde, pues tendrá que volver a presentar un nuevo caso frente a los mismos espectadores. . . Entro a la sala luego del recreo y le pregunto a un estudiante: ¿Siempre la actriz está representando el papel o algunas veces se sale? Me dice enfático: Si la actriz hablara como ‘persona normal’ me costaría creerle. (Alvarado, Crónica 2).

Tal como sugiere el final de la crónica citada, el hecho de que el actor deba permanecer en rol de paciente aun en las “regiones” (Goffman, 1971) que no están destinadas supuestamente para actuar frente a otros, es decir el espacio fuera de la sala de espejo, es también validado por los estudiantes. Curiosamente no se trata de una decisión que ha sido pensada, ni corregida de modo explícito por las profesionales de la UPE o los propios Pacientes Simulados, sino de un modo ‘naturalmente’ instaurando y cuyo origen se comprende a la luz de las tensiones y resistencias que acompañan el

desarrollo de la simulación clínica en la Escuela de Medicina UC, tal como dimos cuenta en páginas anteriores.

Los estudiantes manifiestan que durante las sesiones “los actores siempre estaban desde el personaje, desde que estaban en la sala de espera estaban en personaje. . . Nunca supimos cómo se llamaban”. Asocian esto a un modo de mantener la “mística” de la situación y de “entrar en el juego” con mayor facilidad. Si bien esto podría comprenderse en un sentido positivo para los estudiantes, el modo de relacionarse entre estudiantes y Pacientes Simulados es a lo menos extraño. Una de las crónicas presenta cómo un día uno de los estudiantes del curso al llegar a la sala de clases comenta que se encontró con la actriz que les tocaría entrevistar fuera de la universidad, en el metro, momentos antes de la llegada a la sala. Ante este encuentro el estudiante relata a sus compañeros que no supo cómo reaccionar, si acaso saludarla o hacer como que no la había visto, para no generar una situación incómoda para ambos (Alvarado, Crónica 9).

Otro momento clave que se destaca en la línea de lo anterior, es el comienzo de la interacción entre Paciente Simulado y estudiante, cuando ambos se presentan estando uno frente al otro sentados alrededor de la mesa de la consulta y separados por la sala de espejo del público que observa la entrevista. El estudiante reconoce ante su compañero de escena su condición de estudiante y la acción que realizará desde el rol de médico: “Buenas tardes Señora Sofía, voy a entrevistarlo. Mi nombre es. . . Soy alumno de tercer año de medicina. Detrás del espejo se encuentra mi tutor. . .” (Alvarado, Crónica 2). Sin embargo el Paciente Simulado no presenta esta diferencia entre su ser actor y su presentación en rol de paciente. Ante esto, la teatrista, en este caso quien suscribe, se cuestiona “¿qué pasaría si la actriz también se presentara? ¿Si ella también pudiera poner en evidencia que es una actriz y que en ese momento va a representar a una paciente?” (Alvarado, Crónica 2).

Para profundizar en los datos particulares que la observación arroja sobre la relación entre actor y rol de paciente en el caso del Paciente Simulado, vale la pena dar un rodeo por lo que la UPE nombra como el feedback que el actor entrega al estudiante,

una suerte de colaboración crítica en que este presenta al estudiante que lo entrevistó su punto de vista sobre su desempeño en el rol de médico. Nuevamente en ambos momentos el actor continúa sumido en el ‘papel’ del paciente. Si bien esto se justifica cuando responde las preguntas referidas a los síntomas, pues aun está en curso la situación de la entrevista clínica, en el momento del feedback esto no parece ser tan claro. La regla que estaría implícita en dicha actividad es que el actor o actriz señale desde la voz del ‘paciente’ cómo se sintió en la comunicación establecida con el estudiante (Moore y Leighton, 2012). No se trata, en ese sentido, de que el actor desde su capacidad de observación crítica, de cuenta al grupo de la clase qué le pareció el desempeño del estudiante en su rol de médico, sino que sea capaz de dar alguna sugerencia a este de manera indirecta. Por ejemplo, si el estudiante formuló las preguntas durante la entrevista con un lenguaje médico muy técnico, difícil de comprender para un paciente que no es un especialista en la materia, el Paciente Simulado deberá señalarle al estudiante en rol de paciente: “no entendí muy bien algunas cosas que me preguntaba”. Esto, de modo de insinuar que por su propia falta, debido a su ignorancia, no entendió las ideas expresadas durante la entrevista. El espacio es descrito en las crónicas del siguiente modo:

El docente le pide al actor que haga el feedback al estudiante que lo entrevistó. El alumno vuelve a buscar al paciente. Mario Castro entra a la ‘sala de espectadores’, sigue estando en personaje. A algunos estudiantes les da risa, una pequeña risa nerviosa. El actor juega y dice al docente que ‘ese’ otro alumno lo entrevistó hace como seis meses. . . Es una situación extraña. Todos saben que Mario Castro en realidad ‘no’ es Mario Castro, que es un actor. Pero con convicción lo tratan de “Don Mario” y le hacen preguntas. Pero el hecho de que no sea un paciente real hace que no lo miren mucho y que solo se preocupen por la información que entrega. (De la Parra, Crónica 4)

Siguiendo con el feedback, “estado intermedio de la ficción donde pareciera que el personaje fuera a romperse en cualquier momento y fuera a aparecer la actriz” (De la

Parra, Crónica 8), los estudiantes sugieren nuevas propuestas. Si el actor o la actriz abandonaran el lugar del personaje para hablar desde sí mismos como actores, no estarían condicionados a seguir manteniendo la misma voz y el mismo modo de relacionarse que el paciente aquejado por la dolencia. Desde la experiencia de los estudiantes aquí se detecta un problema que podría ser profundizado por la UPE, y es que, como señala una estudiante, “la actriz termina dando el feedback con la misma vocecita suave de la paciente y al final como que no dice nada” (Alvarado, Crónica 5). En entrevista, el grupo de estudiantes coinciden en cuestionar esta decisión:

En el momento del feedback se volvió un poco raro que los actores siguieran actuando como pacientes. No sé si se entiende esa situación en que es el mismo paciente como simulado el que te da el feedback. Ese momento podría ser un poco más objetivo. . . Porque si es una señora ‘amorosita’ la que te tocó. . . Es que a mí me tocó que la actriz en personaje me dijo: “sí, me sentí súper acogida”. Como era ‘amorosita’ le voy a creer, pero si deja ese papel y te dice: “oye, en realidad te faltó un poquito de esto, esto no estuvo tan bien”, yo creo que sería mejor y más fácil que el actor te criticara constructivamente. Eso quizás sería bueno, como estando un poco más fuera en el feedback mismo.

Por su parte, los actores y actrices que fueron entrevistados en calidad de Pacientes Entrenados, manifiestan que se trata de una cuestión que viene siendo debatida por la Unidad de Pacientes Entrenados hace años. Señalan que se ha revisado si a la hora de dar el feedback al estudiante, el actor o la actriz debe realizar esta tarea desde el rol del paciente o desde el actor. Al respecto, y pese a que la UPE junto a su equipo de actores han mantenido la decisión de que en el feedback, así como en el resto de las instancias referentes a la simulación, el actor o la actriz debe conservarse en el rol de paciente, aun conviven hoy en día apreciaciones distintas. Por una parte, un Paciente Entrenado que lleva años en este trabajo señala que muchas veces los actores tienden a limitar a los personajes, olvidando la inteligencia que estos tienen: “el feedback hecho desde el personaje implica concederle una inteligencia propia, desde su realidad

sociocultural. Tenemos la tendencia de hacer objetuales a los personajes y ellos son cosas vivas, móviles, que se abren y nos superan”. Mientras que otro Paciente Entrenado, que recientemente se ha incorporado al equipo, sugiere que podrían existir ambos planos: momentos donde estuvieran en rol y otros donde pudieran participar de la clase desde su condición de actores propiamente, como si fuesen co-docentes, facilitadores del aprendizaje pudiendo expresar “críticas sobre las actitudes de los estudiantes”. A nuestro juicio, llama la atención la primera apreciación en tanto, a diferencia de la segunda que reconoce distintos niveles, pareciera solo conceder al personaje una inteligencia propia, despojando al actor de su capacidad de observar, autoobservarse y reflexionar en torno a la situación desarrollada. Es como si de pronto se anulara la percepción del actor respecto a la experiencia que tuvo con el estudiante, teniendo que hacer un esfuerzo por imaginar cómo se hubiera sentido el personaje, por ejemplo Don Mario Castro, en la situación. Se trata de un supuesto que no apela a la realización escénica (Fischer-Lichte, 2011)⁶⁰ que allí se llevó a cabo y que, en ese sentido, se arriesga a quedar solo en la mente del actor, quien permanece especulando qué le hubiera pasado a Mario Castro en esas circunstancias. Esta autocomprensión del Paciente Simulado, coincide con las ideas alojadas en el origen de la Unidad de Pacientes Entrenados, tal como lo testifica Alejandra Rubio como encargada del trabajo actoral en los primeros años de la UPE: “tuvimos que aclarar que el trabajo de Paciente Simulado no se trataba de un espacio donde se iba a recibir aplausos ni reconocimientos, sino una instancia donde el actor estaría invisibilizado en su rol de actor al ser un instrumento para la docencia médica”.

4.4.2 Descubrimiento del estudiante como actor que ensaya el rol de médico

⁶⁰El concepto de “realización escénica” como dimensión de estudio en los procesos escénicos es profundizado por Roxana Gómez en la reseña chilena al texto *Estética de lo Performativo* de la autora alemana Erika Fischer-Lichte. En palabras de Gómez, este concepto “lo que hace en realidad es centrar la mirada en el proceso total que involucra tanto a quienes ‘hacen’ (llámese actor, performer, etc.) como a quienes participan activa o pasivamente en ese ‘hacer’ (ya sea espectador o copartícipe) e incluso, de igual modo, en ‘lo hecho’” (2012, p.157). Ver: Reseña *Estética de lo Performativo*. Revista *Apuntes de Teatro* 136 (156-9).

Que el estudiante también está jugando e interpretando un rol, no es un asunto que esté racionalizado por quienes participan de las prácticas de simulación clínica. Sin embargo distintos guiños dan cuenta de cómo en estas actividades los estudiantes realizan sus primeras experiencias de presentación ante otros bajo las ropas de uno de los personajes de nuestra cultura que goza de mayor prestigio (Goffman, 1971). Los propios estudiantes del curso en el transcurso del semestre, comprenden que en la entrevista clínica, en ese momento que se acercan al paciente para hablarle como doctor, “es como si realmente te transformaras en doctor y tienes que estar a la altura”. Uno de los indicios relevantes a la hora de pensar este ejercicio performativo que los estudiantes llevan a cabo, es la ansiedad y el nerviosismo que provoca en algunos de ellos el hecho de tener que cruzar la puerta de la sala para entrar a ese espacio ‘más allá del espejo’, donde se realizará la entrevista clínica y donde serán observados por el resto del grupo. Así se muestra en el siguiente extracto: “Mientras el doctor habla, dos alumnos se van poniendo el delantal blanco. Un alumno dice a una compañera “oye, te toca a ti”. Ella, se sonroja y le responde “no, no quiero, es que me pongo nerviosa” (De la Parra, Crónica 5). El momento descrito es interesante, pues pone al descubierto que los estudiantes se están preparando lo mismo que si fueran actores, para entrar a escena, pero que no tienen conciencia de ello. La estudiante se pone nerviosa porque no ha sido preparada para ‘actuar’ su rol ni para reconocer que está entrando en una situación de actuación que en cierto sentido la protege. En esta línea, durante una de las sesiones registradas incluso la docente que guía al grupo solicita a la teatrera que realiza la observación que por favor le entregue a los estudiantes ciertas claves para controlar los nervios, tal cual lo hacen los actores para entrar a escena (De la Parra, Crónica 7).

El gesto de ponerse el delantal de médico, previo a entrar a escena, y los aplausos que recibe quien entrevistó al Paciente Simulado frente al curso, son otras señales relevantes que testifican el ejercicio actoral que atraviesan los estudiantes en las prácticas de Simulación Clínica. Cuando uno de los estudiantes es elegido o se ofrece para entrevistar al Paciente Simulado se genera una suerte de preparación del estudiante-

actor, que da cuenta de la experiencia liminal⁶¹ que implica la transformación al rol de médico y del paso de ser espectador a actor:

Cuando termina de corregir el docente pregunta: “¿Quién va a entrevistar hoy?”. Un estudiante levanta la mano y el docente asiente. Su compañero del lado le dice: “Ponte el delantal”. Entonces el estudiante abre su mochila y saca su delantal blanco de médico perfectamente doblado. Lo abre y se lo pone lentamente. Salen de la sala docente y estudiante en búsqueda de la paciente. (Alvarado, Crónica 2)

La acción realizada por el estudiante-entrevistador de ponerse el delantal, coincide en las prácticas observadas con un gesto que distingue a aquel estudiante que saldrá a escena a entrevistar al paciente del resto del grupo. Se trata del reconocimiento material del rol del médico, juego en que, dicho sea de paso, los estudiantes son introducidos a ‘performar’ aquel elemento social y político que hace visible una suerte de valor y prestigio al médico, un cierto modo de sentirse y ser percibido por el paciente⁶². Junto a este índice teatral, se suma también el aplauso de la actuación del estudiante, pues una vez finalizada la entrevista y la situación de consulta, cuando el estudiante-actor vuelve al lado de los espectadores, el docente solicita a los estudiantes que entreguen un reconocimiento al compañero: “Feedback a su compañero, señala mientras algunos aplauden y el estudiante-médico se saca el delantal” (Alvarado, Crónica 2).

En este mismo espacio en que los estudiantes se preparan para ‘unos’ permanecer en el lugar de los espectadores y ‘otro’ para encaminarse al lugar de la escena, la siguiente crónica muestra cómo un docente le pregunta al estudiante que realizará la entrevista si conoce cuál es su objetivo para entrar a escena:

⁶¹ Ileana Diéguez refiere a la experiencia liminal, tomando el término del antropólogo Víctor Turner, para estudiar los procesos que tienen lugar en fenómenos escénicos que entrecruzan cualidades performativas donde la relación teatro y vida pareciera ser inseparable. Ver: Diéguez, I. (2007). *Escenarios liminales. Teatralidades, performance y política*. Buenos Aires: Atuel.

⁶² Mucho se ha hablado en nuestro país del uso del delantal de médico como estrategia en campañas política para ganar votos, recurriendo a la confianza y el prestigio que implica la función del médico en nuestra sociedad.

El primer alumno que actuará de doctor se pone de pie. El doctor le hace una pregunta “¿sabes cuál es tu objetivo?”. Me sorprende muchísimo ya que es la pregunta que habitualmente se le hace a un actor antes de entrar a escena. Lo primero que debe tener claro un actor antes de entrar a escena, principalmente desde la teoría de Stanislavski es el objetivo de su personaje. El alumno responde: “Mi objetivo es preguntar todo lo que pueda, hacer la mayor cantidad de preguntas posibles”. El doctor le corrige: “mejor di: mi objetivo es obtener información. Para esto a veces tenemos que preguntar, pero la mayoría de las veces sólo escuchar y atender principalmente a las preocupaciones del paciente”. (De la Parra, Crónica 4)

Tal como señala la teatrística, se trata de una pregunta que recuerda la tradición de actuación realista de uno de los directores teatrales más connotados de occidente, Constantin Stanislavski (1863-1938), y que en este contexto parece interesante en tanto recuerda al estudiante la necesidad de interrogarse por el sentido de las acciones que ejecutará en escena. Así, el docente recalca con claridad que el objetivo de la práctica pedagógica no es que el estudiante realice un diagnóstico acertado del caso clínico que el Paciente Simulado presenta, sino la puesta en práctica de una buena “exploración de los síntomas” (Programa 2012). Para desempeñar esta tarea los estudiantes manejan una suerte de ‘guión’ previo al cual pueden recurrir para aprestarse a la entrevista. Por medio de este guión, que consiste en la estructura de toda ficha clínica, donde se señala qué asuntos deben preguntar, cómo se da inicio a la conversación y en qué información deben detenerse, los estudiantes manejan una suerte de dramaturgia flexible para anticipar y gestionar este encuentro escénico. Se trata de un guión que debe estar abierto a la escena y adecuarse a cómo se va desarrollando la relación con su compañero. En este sentido, tal como uno de los docentes señala a los estudiantes, “la ficha clínica debiera estar en sus subconscientes”, sabiendo que no se trata de repetir tal cual las preguntas sino de “abrir la conversación con el paciente” (Alvarado, Crónica 2). Volveremos sobre este punto en las páginas que siguen.

Citamos aquí algunos ejemplos de este esfuerzo al que los estudiantes deben orientarse:

Al igual que en mi observación anterior, en el caso de primer año, los alumnos ya vienen informados sobre la enfermedad o signos y síntomas que traerá el paciente. Ya han conversado e investigado sobre la hemorragia, antes de ver al paciente. Esta vez me encuentro de nuevo con la preocupación de parte de los alumnos de saber los términos específicos para hablarle al paciente, que son muy diferentes a los términos médicos que han aprendido. Una alumna pregunta: ¿cómo puedo preguntarle a la paciente por la cantidad de sangre? El doctor le dice: Por ejemplo, ¿cuánto sangra? ¿un pañuelo? ¿gotas? ¿una taza? ¿una olla? (De la Parra, Crónica 8)

Como se muestra en esta crónica, es interesante observar cómo para explorar los síntomas los estudiantes deben abandonar un lenguaje técnico y elaborar las preguntas para el paciente desde un lenguaje cotidiano, cercano al cuerpo: “El estudiante le pregunta al paciente: “¿Siente que se le va a salir el corazón?” (Alvarado, Crónica 3). En este mismo juego de adecuar el lenguaje médico al encuentro escénico con el paciente, en la misma sesión citada, el docente le pregunta a los estudiantes cómo pueden preguntarle al paciente por gingivorragia, a lo que un estudiante responde: “¿Ha notado que sangra al lavarse los dientes?” (Alvarado, Crónica 3).

Tal como se sugirió en el primer capítulo de esta investigación, al revisar las miradas que la educación médica presenta sobre las prácticas de Simulación Clínica, los docentes a cargo del curso en cada una de las sesiones observadas dan cuenta que estas prácticas se orientan a la necesidad de que los estudiantes puedan educarse en un nivel performativo, donde puedan ensayar el encuentro con el paciente. Al respecto, y para particularizar el trabajo desarrollado, la siguiente crónica relata un ejercicio que en una de las sesiones el docente le propone a la estudiante que realizará la entrevista. Se trata de un verdadero desafío escénico, tal como si un director le estuviese hablando a un actor:

El Dr. quiere experimentar que la alumna no escriba nada, dice que como fenómeno neurológico podemos oír y procesar aquello que oímos simultáneamente. Cuando se está escribiendo se resta la capacidad de comprensión de lo que se está diciendo. Para comprender, es mejor sólo oír con toda la capacidad sensorial puesta en lo que dice el paciente. . . La estudiante se pone el delantal que le llega hasta los glúteos, no se lo abrocha. Entra la Paciente con una ropa muy suelta. La estudiante muy roja, los alumnos escriben todo lo que ella dice. Ella a pesar de estar nerviosa se ve bien. Mira a la paciente, habla con calma, se olvida de lo que debe preguntar y se concentra en la paciente y en la conversación. De pronto suelta el lápiz y se entrega a la conversación, guiándose por su sentido común. . . La estudiante crea buena onda con la paciente, sonríe, usa sus códigos, le dice que todo es confidencial. La paciente está relajada pero media impaciente, como adolescente, media quedada, muy natural, dudosa. . . Cuando la compañera vuelve a la sala todos la aplauden. Ella dice que se sintió bien y nerviosa, que no dejaba de jugar con el lápiz. Le decimos que no se notó su nerviosismo. El Dr. le pide que cuente sin leer lo que recuerda. Ella recuerda todo y nos cuenta. El Dr. la abraza, se alegra que se acuerde. . . El Dr. les dice a los alumnos que sean naturales, que la manera que ya saben de comunicarse es la correcta. (De la Parra, Crónica 7)

Cada uno de los docentes que condujeron las actividades observadas, con sus propios estilos e incluso algunos menos amigos que otros de la simulación clínica, reconocen para efecto de las clases la teatralidad que atraviesa el encuentro entre un médico y un paciente en el espacio de la consulta. Tal cual fue introducido con anterioridad en el primer acápite de esta investigación donde autores como Daniel Gerould y Trujillo-Chapa manifiestan que la simulación clínica surge porque la relación entre el médico y el paciente posee en sí mismas aspectos performativos y teatrales (1989, p.10), los docentes de la EMUC precisan que en la consulta “hay que actuar, acá todos actuamos, no somos expertos pero actuamos” (De la Parra, Crónica 6). Otro ejemplo al respecto:

El docente les señala a sus estudiantes: Vayan inventándose un personaje de doctor. ¿Cómo se imaginan un doctor? ¿Qué doctor les gustaría ser? Es un personaje al que tienen que empezar a jugar”. . . El docente les muestra físicamente a los estudiantes cómo pueden sentarse para demostrar mayor apertura hacia el paciente; se sienta en una silla con los brazos casi escondiendo la ficha para dar un ejemplo, y luego echa el cuerpo para atrás, escribiendo con mayor espacio, para mostrar la diferencia entre esas dos formas. (Alvarado, Crónica 4)

Al igual que el docente del extracto citado, una nueva crónica relata como la docente guía de una sesión señala a los estudiantes que la “representación de ser doctor es muy importante para poder parecerlo, usar algo que te caracterice”. Señala que en los años posteriores a tercero, cuando los estudiantes comienzan a asistir al hospital, muchos de ellos no quieren usar delantal pero que igualmente se ponen un elemento, por ejemplo un fonendo, para representar que son médicos (De la Parra, Crónica 6).

4.4.3 Pacientes simulados y estudiantes: la lógica de la simulación y la apertura a la relación escénica

Hemos señalado que tanto el Paciente Simulado como el estudiante se encuentran en una ‘situación actoral’, pero que a su vez visualizamos una diferencia sustancial entre ambas actuaciones. Los modos de valorar las relaciones actor/rol y el tratamiento de la performance del estudiante en el lugar del médico y del actor en el de paciente, poseen sus propias reglas. Mientras que el Paciente Simulado se encuentra gobernado por un principio cercano al teatro realista, “encerrado dentro de su propio papel” (Shechner, 2012, p.286), el estudiante tiene la posibilidad de mostrar a su compañero de escena y a los espectadores las dimensiones que compone su situación actoral en curso, dejando aparecer un tenue juego entre su

condición de ‘aprendiz’ de la entrevista clínica y el rol de médico que representa y ensaya.

La cualidad de la actuación del Paciente Simulado, si pensamos en términos de la historia de la UPE, parece fundarse en el principal objetivo al que han estado enfocados hasta ahora: hacer que docentes y estudiantes no extrañen la realidad del verdadero paciente, demostrar que los actores son capaces de realizar una copia exacta, al fin y al cabo, una simulación total del paciente capaz de diluir las distinciones entre el representante y el real (Baudrillard, 1978). Se trata de una paradoja, pues si bien es el Paciente Simulado quien es considerado ‘racionalmente’ como el actor que realiza el ejercicio de transformarse en otro, situarse en la posición del paciente, solo el estudiante en su propia transformación actoral, aun no racionalizada, es aquel actor que deja entrever los intersticios que dan cuenta del tránsito entre su condición de actor y el rol.

La estrategia de la UPE, orientada a mostrar que los Pacientes Simulados son tan buenos actores que incluso pueden engañar al público, si bien puede favorecer que estudiantes y docentes dejen de lado sus prejuicios sobre las prácticas de simulaciones clínica y el trabajo con actores, en vez de verdaderos pacientes, al mismo tiempo valida un discurso que propone que el actor es un buen actor en tanto oculta su condición de tal. Con ello, a nuestro juicio, se estaría negando que estas situaciones de aprendizaje requieren de un actor y no de un verdadero paciente para su realización. Dicho de otro modo, el ocultamiento del actor implica a su vez el del propio carácter ‘ficcional’ de las prácticas, su distinción de la entrevista clínica cotidiana y su cualidad de escenario ‘otro’ donde desarrollar un aprendizaje particular.

Tal como anunciamos en el título del primer apartado en torno a la actuación del Paciente Simulado, “el olvido del actor y la distancia actor-rol”, esta dimensión de las prácticas de simulación clínica observadas nos interroga sobre el tratamiento y la comprensión que se tiene aquí de la relación entre el actor y el rol. Desde el

horizonte de la Perspectiva Dramatúrgica de Erving Goffman, como señalamos en el capítulo teórico de esta tesis, la conciencia del paso del actor al rol, o de los puentes entre ambos lados, está presente no solo en situaciones de encuentro o relaciones sociales simuladas, sino también en la vida misma. Y es que, tal como señala Schechner, no existen fronteras claras para separar “la actuación sobre un escenario de la actuación fuera de él. . . incluso actuarme a mí mismo significa tomar la apariencia, la voz y las acciones de ‘madre’, ‘amiga’, plomero o doctor” (2012, p.276). En la presentación ante los demás, sugiere Goffman, nos posicionamos en un rol u otro acorde a la situación y a nuestra audiencia (1978, p.31).

En el caso de la actuación de los Pacientes Simulados y en el tratamiento de la relación actor- rol, entendido de modo realista, resuena lo que Karl Marx advertía en su tiempo: el rol social resulta un riesgo de alienación de la persona (en Baumann, 1967, p.572). Siguiendo a Marx, el actor o Paciente Simulado queda oculto en el personaje, invisibilizado, sin posibilidad de participar de manera íntegra en la experiencia de aprendizaje.

Sin embargo, discutiendo lo anterior, Goffman sugiere que la relación entre la persona y el rol social ofrece no solo una posibilidad de reducción de la persona, a las reglas que norman su conducta, sino también de ensayar distintas estrategias actorales, acordes a las circunstancias y a la situación de comunicación. Esta última forma, donde el individuo que interpreta un rol más que estar limitado a una función fija puede transitar de un rol a otro, implica una comprensión flexible de la relación entre el actor y el rol. Es decir, así como el actor o individuo asume el rol y junto a ello “desaparece completamente en el sí mismo virtual elaborado por la situación”, a su vez la actuación requiere que el individuo sea capaz de tomar distancia de su rol, considerando la “desidentificación [sic]” del rol. Esto último, siguiendo la interpretación que Herrera y Soriano realizan del pensamiento goffmaniano, le permitiría a todo actor o persona “gestionar las tensiones que siempre, en cualquier

medida, caracterizan a la performance de un actor ante un público” (2004, p.67)⁶³. El punto aquí en juego, a nuestro parecer, es que, tal como sugiere Goffman, reconocer la “cuña” del actor y el rol permitiría rescatar la capacidad crítica del actor, su punto de vista respecto a aquello que no solo encarna sino que interpreta⁶⁴. La situación actoral, siguiendo a Patrice Pavis, es en sí misma el aprendizaje de una relación, pues la tarea del actor “es la duplicidad: vivir y mostrar, ser a la vez él mismo y otro” (1998, p.34). Así, si comprendemos que tanto Pacientes Simulados como estudiantes se encuentran en una situación actoral, en relación a la interpretación de un rol, definiendo una relación de comunicación escénica en curso, nos preguntamos hasta dónde se vuelve necesario que la UPE siga legitimando estrategias donde el Paciente Simulado oculte su condición de actor para garantizar el éxito de las prácticas. Valdría la pena revisar si los estudiantes y los docentes, en todos los años de funcionamiento y de familiarización con este trabajo, mantienen los prejuicios que justifican este esfuerzo de demostrar la calidad actoral, en términos representacionales, de los Pacientes Simulados.

4.5 La sala espejo y el olvido del espectador

⁶³La idea de la ‘distancia de rol’ de Goffman dialoga estrechamente con la propuesta y comprensión que el director teatral Bertolt Brecht realizara sobre la actuación en el escenario del teatro. Brecht retoma en la tradición teatral la distancia del actor con el personaje con el objetivo de que el primero ‘gane’ una visión crítica de aquello que presenta ante la audiencia, elaborando entonces estrategias que permitan mostrar el artificio de la construcción actoral. En palabras de Schechner, “Brecht no quería que el actor desapareciera en el papel. Quería que el actor se implicara en el papel activamente, que entrara en una relación dialéctica con el papel” (2012, p.289). Brecht buscaba que a momentos los actores estuvieran dentro del papel, pero que en otros pudieran salirse de él y comentar lo que estaba ocurriendo en la escena (Schechner, 2012, p. 305). Quisiéramos dejar anunciado que en términos de una teoría de la actuación esta investigación se encuentra en deuda. Por ejemplo, Pavis señala que la distancia crítica brechtiana corresponde a una operación donde Brecht retoma estrategias antiguas, del propio teatro griego, donde el actor quedaba diferenciado de su personaje siendo su ejecutante y no su encarnación (1998, p.334).

⁶⁴ Cabe señalar la relación de esta idea con el planteamiento que la docente de la línea de actuación de la Escuela de Teatro UC, Andrea Ubal, señalara en entrevista sobre el concepto de ‘simulador’ en la función de los actores que trabajan en la educación médica. Ubal señala que el nombre Paciente Simulado no actualiza el hecho de que el actor es un ‘intérprete’, es decir, alguien capaz de representar a otro y junto a ello de ‘pensarse haciendo’, cuestión que no solo realiza respecto a sí mismo, sino también a su compañero de escena y a la situación en desarrollo. En este sentido, la noción de simular no alcanzaría para nombrar la función interpretativa que moviliza toda actuación teatral.

La locación de desarrollo de las prácticas pedagógicas aquí observadas corresponde, tal como lo hemos anticipado, a salas de espejo de visión unidireccional. En este marco, nuestras primeras aproximaciones a las actividades fueron realizadas situándonos desde aquel espacio acotado y diseñado para ejercer la función de público y observar qué ocurre en ese ‘otro lado’ de la escena. En el caso de la sala de espejo del Centro de Educación Médica UC, se trata de una zona conformada por dos filas de sillas dirigidas todas frontalmente hacia la ventana-espejo (Ver Anexo 3. Imágenes escenarios...). Por su parte, el espacio destinado a la observación en las salas del Centro Médico San Joaquín, es pequeño y oscuro, para propiciar el efecto esperado: que los espectadores podamos visualizar la totalidad de la escena a través de la ventana, mientras los actores se ven a sí mismos reflejados en el espejo en lugar del público. Las salas de espejo del Centro Médico San Joaquín son siete box colindantes entre sí y unidos por un pasillo en su parte posterior y la parte anterior. Cada box consta de dos puertas; una que abre al pasillo por donde entra el paciente y el médico, y otra que comunica el espacio destinado a la consulta con la sala de observación detrás del espejo. En este último espacio nos ubicamos los espectadores.

La sala espejo como locación de las prácticas, a nuestro juicio, es un sugerente *locus* para pensar la simulación clínica con Pacientes Simulados desde su teatralidad. Y es que nos enfrentamos aquí a la materialización de una suerte de teatro de la educación médica, marco que, como señala Schechner, surge justamente “cuando ocurre una separación entre espectadores y representación” (2000, p.42). El propio docente guía del curso Integrado de Clínica I, Robinson González, propone que las simulaciones surgen vinculadas a un replanteamiento en los dispositivos de enseñanza y aprendizaje de la clínica médica. González relata que los grandes médicos de la antigüedad y de la historia de la medicina recibieron lecciones de cómo relacionarse con los pacientes y cómo reconocer las patologías, observando a sus maestros practicar el arte de la medicina. Esta sabiduría les era transmitida de forma natural. Sin embargo con el paso de los años, la

medicina se vio obligada a ‘tomar distancia’ de su conocimiento tradicional y observarlo desde fuera.

Los grandes maestros eran inconscientes de sus habilidades, las tenían pero eran inconscientes de cuáles eran. Hubo que observarlos desde fuera para poder decir cuáles eran esas habilidades que un buen médico debía tener. Para transmitir el conocimiento era necesario hacer consciente cuáles eran los elementos que componen una buena relación médico-paciente (González, 2013).

La comprensión del docente sugiere que la educación médica se vio nada más ni nada menos que requerida de escenificar su conocimiento, de ponerlo en un ‘lugar de visión’, delante de los estudiantes y los propios médicos como sus espectadores. La documentación visual de los llamados ‘anfiteatros médicos’ refuerza lo antes planteado. Se trata de espacios arquitectónicamente diseñados para que estudiantes y médicos pudiesen observar desde sus graderías cómo un médico intervenía a un paciente (Ver Anexo 3. Imágenes escenarios...). En esta línea, desde el campo de los Estudios de la Performance, Schechner señala que en el caso de la enseñanza de la cirugía médica, desde la antigüedad a la fecha, la transmisión del conocimiento se realiza por medio de prácticas de disección o diagnóstico de pacientes frente a un público compuestos por médico o estudiantes.

¿No es el teatro quirúrgico semejante al teatro estético en lo que toca a la arquitectura, a los papeles, al vestuario y al guión? La sala de operaciones está flanqueada por áreas tras bambalinas y camerinos, en los que tanto el paciente como el equipo médico se preparan. Los diferentes papeles están sancionados por vestuarios distintivos, que distinguen al doctor de la enfermera y a estos del paciente. Hay conjuntos de gestos y rituales bien aprendidos que guían el procedimiento. (2012, p.339)

En el caso de la educación clínica en el contexto de la formación médica actual, la sala de espejo vendría a ser un nuevo teatro, un teatro ‘moderno’, desde el cual identificar y escenificar el conocimiento relativo a la relación médico paciente. Cabe preguntarse entonces cómo se desarrollan las prácticas en este espacio y qué

significaciones le atribuyen los protagonistas a las salas de espejo como lugar especializado para la educación clínica.

Si bien al comienzo de las observaciones contábamos desde un nivel reflexivo con la interrogante respecto a la singularidad de ser espectadores en el espacio descrito, a poco andar fuimos incorporando la ‘sala espejo’ como una circunstancia dada, algo que se nos había vuelto rápidamente familiar. Curiosamente una de las crónicas de mayor insistencia respecto a la necesidad de reflexionar sobre esta dimensión de las prácticas, corresponde a una de las sesiones en que la teatrista, en este caso quien suscribe, experimenta el lado de la actuación. Se trata de una de las sesiones en que llega con anticipación a la clase y se encuentra en el pasillo, frente a la sala de espejo, con una de las actrices que participaría ese día en la actividad. Entonces, al ver la puerta abierta del lugar correspondiente al box de la consulta, espacio donde transcurre la interacción estudiante y Paciente Simulado, le pide a la actriz que la acompañe a entrar para conocer ese lado de la sala. Se sientan alrededor de la mesa que separa y reúne al ‘actor-paciente’ y al ‘estudiante-médico’ y de pronto, al mirar a su izquierda, ambas se ven reflejadas en el espejo, duplicadas y proyectadas en él. Entonces la teatrista le pregunta a la actriz qué se siente actuar frente a un espejo, en lugar de presentarse frente a un público, sugiriendo la novedad teatral de la situación. La actriz responde que para ellos como Pacientes Simulados el espejo es simplemente un elemento más de las condiciones de la performance. Señala asimismo que la función de este objeto se dirige particularmente, según su comprensión, a proteger a los estudiantes de la exposición que podía significar la acción de presentarse frente a sus propios compañeros: “acá es más fácil olvidar que del otro lado del espejo hay personas observando” (Alvarado, Crónica 7).

La idea antes expresada coincide con el punto de vista de los estudiantes entrevistados respecto a la sala de espejo. En primera instancia, los estudiantes señalan que este espacio, como contenedor de las prácticas, les anticipa que deberán exponerse a la mirada de los compañeros y docentes, asunto que algunos de ellos dicen vivir con temor y nerviosismo; “asusta un poco entrar y ver que al otro lado están tus

compañeros”. Sin embargo, al mismo tiempo, una vez que tienen su primera experiencia en el rol de médico frente al Paciente Simulado, la sala de espejo transforma su función pasando de exponerlos a protegerlos de la mirada de quienes permanecen del lado del público. En palabras de un estudiante:

Las primeras sesiones uno está muy nervioso porque sabes que todo tu grupo está entre comillas juzgando lo que tú estás haciendo. Pero cuando uno se mete a entrevistar al paciente rápidamente va perdiendo el miedo y es muy fácil olvidar lo que está pasando allá [del otro lado]. Cuando tú estás enfrentando al paciente se te olvidan los otros, como que te concentras en la situación, la sala te ayuda a concentrarte. A mí por lo menos a los cinco segundos, cuando salía a entrevistar, ya se me había olvidado que estaban los demás atrás. Aunque el momento previo para mí fue atroz. Cuando uno camina hacia allá, tiene que abrir la puerta y presentarse, ese momento es complicado. Pero después cuando uno está sentado con lápiz en mano, ya está bien.

La sala de espejo aparece aquí como una clara ventaja para los actores, en tanto permitiría a los estudiantes concentrarse en la entrevista y olvidarse del hecho de estar siendo observados. Esta visión se acerca a la comprensión del propio docente a cargo del diseño del curso. Desde su perspectiva, la función de la sala de espejo resulta clave para la docencia, pues se trata de un elemento que posibilita crear un ambiente de privacidad para el aprendizaje, donde se conserva la ‘magia’ y la ‘ilusión’ de estar a solas con el paciente.

Desde una perspectiva teatral, lo anterior nos remite a un paradigma próximo al teatro realista decimonónico, donde el espectador es desplazado de la escena (Duvignaud, 1980, p. 218). Siguiendo con la analogía, la ventana-espejo correspondería aquí a una suerte de radicalización material de la llamada ‘cuarta pared’. Esta convención teatral que divide a actores y espectadores, al igual que la ventana-espejo, cumpliría entonces una doble función: por una parte permitir al actor trazar mentalmente una separación para “aislarse de la mirada del otro [espectador]” (Pavis 2000, p.160), y

por otra, “negar la presencia del espectador o invisibilizarlo, para, contrariamente de lo esperado, llamar su atención sin distracción, generando la máxima concentración en la escena contemplada. . .” (Barría 2011, p. 115).

En la lógica de esto último, el docente González afirma que la sala de espejo permite que el estudiante que entrevista al Paciente Simulado, es decir el actor, no desvíe su atención a causa de factores distractores. Coincidentemente en una de las sesiones observadas, un estudiante declara que si los espectadores no estuvieran ocultos tras el espejo, podría tentarse y solicitar a sus compañeros que le ayudaran a no olvidar las preguntas que debe realizar al paciente (Alvarado, Crónica 9).

Los estudiantes adhieren a la sala de espejo por su función protectora, valorando el olvido de los espectadores como uno de sus mayores logros: “el alumno dice que se sintió bien, que logró olvidar que lo estaban mirando. Que de repente pudo sentir que era una consulta real. . .” (De la Parra, Crónica 6). ¿Pero qué pasa aquí con los espectadores? ¿Por qué conservar la sala de espejo si todos quienes participan de las prácticas comparten la información de que la situación a desarrollar es una situación hipotética de entrevista clínica, donde tanto estudiante como paciente se enfrentan a un juego de roles? Dicho de otra manera, el espejo no se justifica en las prácticas observadas por motivos éticos de protección del paciente, sino por la necesidad del estudiante de estar protegido de la mirada y de paso de las expectativas de sus compañeros y docentes. La sala de espejo resulta aquí una paradoja, pues junto con proteger a quienes actúan de la mirada de los espectadores, en términos de quienes observamos las prácticas la ventana como encuadre escénico resulta un lugar privilegiado de la mirada y una posición desde la cual, tal como relata Bralic y Vergara, “se siente raro ver sin ser visto, como los dioses del Olimpo” (2010 b, s/p)⁶⁵.

⁶⁵La ‘sala espejo’ nos hace pensar en la perspectiva foucaultiana de la segmentación y especialización del espacio como modo y técnica moderna de control. Un espacio disciplinar o analítico “cerrado sobre sí mismo. . . dividido por zonas” y orientado a su utilidad y funcionalidad (Foucault 2000, p.86). Aquí, la relación entre los cuerpos y en especial la relación actores-espectadores, se entiende como una relación asimétrica de poder, donde el espectador ejerce a través de la mirada una coacción respecto del sujeto-actor reduciéndolo a un “objeto o instrumento de ejercicio” (Foucault 2002, p.104).

Tomando en cuenta lo desarrollado, la sala de espejo, a nuestro juicio, podría presentar una suerte de efecto secundario para las prácticas pedagógicas. Dicho efecto dice relación con hacer que la situación de aprendizaje se torne una acción individual más que una práctica relacional de aprendizaje. Cuando el docente pregunta al comienzo de una de las sesiones “¿quién va a entrevistar hoy? ¿quién se *inmola*?” (Alvarado, Crónica 3), parece estar recordando con esta pregunta no solo que el hecho de salir a escena es una acción de valentía, sino también que aquel que lo hace se sacrifica para que todo el grupo pueda tener la experiencia de aprender frente a una interacción situada entre médico y paciente. En este sentido, la sala de espejo propicia que la docencia se cierre a esta posibilidad de experimentar las ventajas de una comunicación escénica de actores delante de espectadores, que no amenaza sino que garantiza la apertura al aprendizaje como acontecimiento. Así, uno de los estudiantes entrevistados señala su deseo de experimentar el trabajo en aula abierta, imaginando que en ese espacio se sentiría más “acompañado por el grupo”, que en el caso de la sala de espejo donde parece estar a solas con el paciente. Idea que, a nuestro juicio, pareciera recordarnos que el estudiante que se ‘sacrifica’ frente al paciente, se lleva consigo en su actuación a todo el grupo y no apenas a sí mismo.

Finalmente, cabe recordar que la historia de la práctica teatral ofrece otros paradigmas a la educación médica que se distinguen de una relación segmentada entre actores y espectadores. Sin ir más lejos Gran y Oatley recuerdan que en la era premoderna la audiencia podía comentar en voz alta la ejecución de los actores, aplaudiéndolos, o animándolos a repetir una y otra vez un momento de esta (2002, p. 258).

4.6 De la estandarización de rutinas médicas a la consideración de la situación escénica entre estudiante y Paciente Simulado

En los apartados anteriores, se ha reflexionado sobre cómo en las prácticas de simulación clínica observadas no es solo el Paciente Simulado el elemento activo de la

teatralidad, ni el único actor que se enfrenta a la tarea de llevar adelante su rol. Hemos sugerido cómo el propio estudiante se encuentra en una situación de incorporar y experimentar el rol de médico frente al paciente y desarrollar una relación escénica con este. La pregunta que interesa en las siguientes líneas, apunta a profundizar en esto último: la interacción entre el estudiante-médico y el actor-paciente. A este respecto, nos interesa explorar qué relación se escenifica en las prácticas que constituyen nuestro caso de estudio. Dentro de este universo nos motiva específicamente revisar en qué consiste la tarea que los estudiantes desarrollan. Si proponemos que en las prácticas de simulación observadas los estudiantes tienen la posibilidad de ensayar la situación de consulta, de desarrollar en ellas una suerte de ejercicio de “conducta restaurada”, tomando el término propuesto por Schechner (2000, 2011 y 2012; ver 2.2.2 Los estudios de la Performance), resulta clave, a nuestro juicio, explorar qué es aquello que se restaura en estos escenarios.

Al revisar los objetivos pedagógicos de las prácticas, indicábamos anteriormente que el curso correspondiente a nuestro caso de estudio busca introducir a los estudiantes al aprendizaje de habilidades clínicas, comunicativas y semiológicas, implicadas en la interacción médico paciente (Ver 4.1 Aspectos pedagógicos...). En el transcurso de las sesiones, los propios estudiantes involucrados reconocen este aspecto, señalando que la simulación vendría a ser algo así como una antesala del encuentro con verdaderos pacientes y un espacio donde pueden ganar experiencia: “saber que vamos a trabajar con Pacientes Simulados igual da confianza como para equivocarnos y no equivocarnos inmediatamente con los pacientes reales”. Esta comprensión es reforzada por el docente guía del curso, quien señala en entrevista que las simulaciones se orientan a la realización de “un aprendizaje en condiciones gratas donde los alumnos puedan equivocarse sin ninguna consecuencia”, siendo entonces un trabajo de gran riqueza considerando el temor que la mayoría de los estudiantes tiene del encuentro médico paciente. En sus palabras: “ya no veo caras de espanto en los alumnos, antes cuando debían entrevistar a pacientes reales veía caras de espanto”.

Por otra parte, profundizando en lo anterior, el docente sugiere que la simulación, en tanto estrategia pedagógica, surge porque el propio conocimiento médico de sus prácticas comienza a racionalizarse: pasando a ser reflexionado, tal como señalan los Estudios de la Performance, visualizado en su condición de conjunto de procedimientos y relaciones que estarían “socialmente construid[as]”(Schechner, 2000, p.19)⁶⁶. La medicina, y en particular la educación médica, necesita entonces, tal como hemos señalado, distanciarse para observarse a sí misma como una práctica clínica, cuestión que, a nuestro juicio, recae en que las prácticas de simulación asuman una suerte de función metateatral⁶⁷; la emergencia de un teatro dentro del teatro de la clínica médica, configurándose como la posibilidad de llevar a cabo situaciones de segundo orden o un “espacio otro” donde explorar y elaborar los asuntos que estarían en el centro de esta última (Féral, 2004, p.96).

Que la interacción médico paciente pueda ser ensayada y anticipada, implica considerar, en primer término, que se encuentra estructurada socialmente y que, por ende, estaría basada en un guion particular que permite ordenar las acciones que en ellas tienen lugar. Dicho de otro modo, en las prácticas de simulación los estudiantes ejercitan una suerte de ‘rutina médica’ asociada al rol que re-presentan, aquel aspecto normado del comportamiento que permite estabilizar la conducta (Goffman, 1971, p.27). Dicho rol, tal como observamos al revisar la Perspectiva Dramatúrgica de la teoría social (Ver 2.2.1), se asocia a una pauta de comportamiento o socialización anticipante que propone ciertos límites al actor. Dialogando con esta visión, Schechner señala:

⁶⁶ Cabe iluminar la relación de esta operación de distanciamiento de la educación médica para lograr visualizar y comprender sus propios procedimientos, con la constitución de la medicina moderna. Respecto a esto último Michel Foucault en *El nacimiento de la clínica*, señala que la clínica moderna surge del distanciamiento de la sabiduría tradicional que antiguamente era cosmológica, a una ‘racionalización’ científica del conocimiento médico (2003 p.65-82). Ello no solo vendría a tensionar el ámbito de los procedimientos quirúrgicos, sino también el espacio de la clínica médica, de la experiencia del encuentro (o desencuentro) entre médico y paciente.

⁶⁷ En su *Diccionario del Teatro* PatricePavis indica que el metateatro consiste en un "teatro cuya problemática está centrada en el teatro y que, por tanto, habla de sí mismo, se ‘autorrepresenta’" (1998, p.288).

Las palabras ‘actuar’ y ‘acción’ son referencias a guiones sociales no tan escondidos. Tales guiones sociales están presentes en toda la vida familiar. Aun cuando los guiones sociales varían de una cultura a otra, y de una época a otra, no hay culturas ni periodos históricos desprovistos de ellos. . . . La mayor parte del vivir cotidiano se ocupa en representar papeles de trabajo, profesionales, familiares y sociales. Cada uno de estos papeles viene equipado, en cada cultura, con maneras de comportarse y de interactuar. (2012, p. 327-9)

En el caso de las prácticas de simulación, tanto los Pacientes Simulados como los estudiantes tienen la posibilidad de preparar sus actuaciones gracias a las pautas que los docentes les entregan y por medio de la cual pueden acceder a la información de las acciones mínimas que deben desarrollar durante la interacción. En el caso específico de los estudiantes, las pautas se disponen como una suerte de protocolo de comportamiento, donde se espera que una vez que asuman el rol de médico saluden al paciente, lo inviten a tomar asiento, a ponerse cómodo, se presenten, escuchen con atención sus síntomas y preocupaciones, los miren a los ojos y utilicen un lenguaje simple sin tecnicismos (Pauta de observación estudiantes, 2012). Ahora bien, que la rutina médica responda a un guion social, no elimina el hecho de que la situación cara a cara entre estudiante y Paciente Simulado, al igual que toda situación social, no se encuentre tensionada por “contingencias dramáticas” o aspectos que ponen en riesgo la estabilidad de la interacción (Goffman, 1971, p.67). Es decir, si bien las actuaciones sociales, en nuestro caso las desarrolladas por los estudiantes en el contexto de las prácticas de simulación, se encuentran estructuradas por un guión, esto no significa que el apego a dicha partitura garantizará la eficacia de la situación comunicativa (1971, p.87).

En ciertos momentos del trabajo de campo se juega, sin duda, la pregunta de si acaso las prácticas de simulación clínica observadas consisten de modo exclusivo en el desarrollo del aprendizaje de un protocolo de comportamiento del estudiante como médico, una forma determinada de accionar y reaccionar frente al paciente, o si alcanzan

a cubrir otras dimensiones que se dejan entrever en el desarrollo de las entrevistas clínicas.

4.6.1 El riesgo de mecanizar el comportamiento médico

Tal como un actor teatral corre el riesgo de llevar a cabo una actuación mecánica, apegada al texto e incapaz de incorporar elementos que surgen en el desarrollo mismo de la escena⁶⁸, Alejandra Rubio –actriz a cargo del grupo de Pacientes Simulados en los inicios de la Unidad de Pacientes Entrenados UC–declara su preocupación porque las prácticas de simulación favorezcan que los estudiantes aprendan de manera estricta un guion, rigidizando su actuación frente al paciente: “me preocupa cuando veo a estudiantes cumpliendo consignas solamente”. En estrecha relación con su inquietud, las conversaciones establecidas con los estudiantes arrojan luces al respecto. Una vez finalizadas las clases de Integrado de Clínica I, reflexionando de manera retrospectiva sobre el curso, los estudiantes nos señalan en entrevista que a ratos las simulaciones parecían orientarse a una suerte de instrucción de un ‘modelo de comportamiento médico’, una forma de integrar cómo debe ser un médico frente a un paciente.

Uno de los grandes aprendizajes del curso Integrado I, fue aprender a decir las cosas de manera correcta, comportarnos de la forma correcta, para realmente apreciar más la empatía frente a la otra persona. La pauta exigía ciertas normas de comportamiento, por decirlo así, frente al paciente, eso también uno lo entrenaba: mirar a los ojos, presentarse cuando uno entra,

⁶⁸La entrevista que Richard Schechner realiza al director polaco Jerzy Grotowski, publicada en *Hacia un teatro pobre*, es de gran valor en lo que respecta a la pregunta por las relaciones y tensiones del actor con el texto dramático. Schechner pregunta a Grotowski sobre algunos asuntos observados en las prácticas que este último dirige durante un seminario en Estados Unidos. Entonces señala, “cuando se actuaban escenas de Shakespeare usted decía: ‘no actúen el texto, usted no es Julieta, usted no escribió el texto’. ¿Qué quería decir con eso?”. La respuesta de Grotowski, en síntesis, sugiere que es la escena, el encuentro entre el actor y el texto, y el actor y su compañero, el lugar donde el actor tiene el desafío de descubrir el texto como algo propio, viviente y en un curso, y como un conjunto de argumentos preestablecidos (1970, p.200-2012).

tratar de ser cálido para no parecer tan máquina después cuando uno vea pacientes reales.

Reforzando esta visión, desde un tono más agudo, otro estudiante declara: “a mí cuando mi familia me preguntaba qué hacía en el curso, yo les decía que tenía que aprender con una sonrisa fanfarrona a preguntar: ‘¿cuénteme señora qué la trae por aquí?’”. Ambas ideas, con sus matices respectivos, dan cuenta de cómo las prácticas de simulación presentan un cariz que las posiciona en términos de capacitaciones donde los estudiantes ejercitan un modo ‘correcto’ de comportarse frente al paciente. Aspecto que, a nuestro juicio, sería análogo a lo expresado por el docente a cargo del curso en su comprensión de las simulaciones como la posibilidad de estandarizar el comportamiento médico en los estudiantes. Sobre esto el docente afirma:

Al alumno le enseñamos cómo hacer una historia clínica, cómo hacer las preguntas y qué tipo de preguntas hacer. Entonces ya se nota *un chiquillo que fue entrenado*, por lo tanto al momento de entrevistar a un paciente, para él va a ser más cómodo y para el paciente real menos molesto. (El énfasis en nuestro)

Dicho entrenamiento, tomando las palabras del docente, permitiría no solo preparar a los estudiantes en el conocimiento estrictamente semiológico de los cuadros clínicos explorados en el curso, sino también reducir la brecha existente entre estudiantes que cuentan con herramientas y habilidades comunicativas y otros que “pueden ser más tímidos o tener un repertorio emocional más estrecho” (González, 2013). En este sentido, entendiendo que la comunicación nunca es espontánea, desprovista del marco de una restauración, como veíamos con Schechner, el docente declara que el curso busca enseñar a los estudiantes elementos que la educación médica identifica como necesarios para desempeñar una buena entrevista médica.

Si tú [como médico] miras al otro [paciente] es una ganancia. Si tú le tomas la mano al otro y le dices: mira voy a hacer todo lo posible. . . Eso para el que está enfrente significa mucho. Yo tengo que leer si al otro le parece bien, le

gusta que yo le tome la mano, leer al paciente, a lo mejor al otro no le parece bien. (González, 2013)

En lo expresado, el docente a cargo del curso advierte que no bastaría que el comportamiento del estudiante o del médico entrenado se atenga de manera estricta a las acciones que, según la pauta de comportamiento, eventualmente demostrarían empatía con el paciente: mirar a los ojos, abrir la puerta, saludarlos, presentarse, ofrecerles asiento, ir a dejarlos a la puerta, en definitiva, los elementos considerados por los propios docentes y estudiantes como un ‘buen trato’ con el paciente. Al mismo tiempo, sería fundamental que el estudiante-médico se disponga a estar alerta a las necesidades del paciente, considerando que se trata ni más ni menos que de su compañero de escena y del primer portador del conocimiento sobre la enfermedad.

En relación a lo anterior, llama la atención uno de los momentos registrados en las crónicas. Se trata de la observación de una de las últimas sesiones del curso donde los estudiantes deben entrevistar a Magdalena Castro, caso clínico representado por las actrices más jóvenes del grupo de Pacientes Simulados. Se trata de uno de los casos más complejos del curso para los estudiantes, puesto que la actriz representa a una joven que padece anorexia nerviosa y que en el desarrollo de la entrevista busca no ser descubierta por su audiencia.

El estudiante se sienta a la izquierda de la mesa, frente a Magdalena. Parece nervioso. Tiene su cuaderno con un lápiz sobre la mesa. Mira a los ojos a la actriz cada vez que le hace una pregunta y que escucha la respuesta. Su nerviosismo no se nota en esta acción, sino en la confusión de sus preguntas. La actriz, en personaje, acusa recibo de ello con un “cómo” por respuesta y una expresión clara de extrañeza. Frente a esto, el estudiante intenta simplificar sus preguntas, diciendo por ejemplo: “¿A usted le gusta cómo es usted?” Los compañeros que están mirando la escena, desde este lado, comentan que es extraño y demasiado formal que le diga “usted” en lugar de “tú”. . El estudiante le pregunta a la paciente por su actividad física. Para ello ocupa la forma en que acostumbran preguntar por intensidad de dolor:

“¿Si tuviera que decir cuánto ejercicio hace en una escala del uno al diez cuánto sería?” La actriz desde el rol de Magdalena lo mira con expresión de no entender y le dice: “No sé, no lo he medido, pero voy todos los días al gimnasio”. Luego le pregunta si tiene el pelo partido y Magdalena le responde: “O sea es que me trato de cuidar con productos, pero no sé...”. La escena parece no ir a ningún lado. Las preguntas son entrecortadas y pasan de un tema a otro, sin hilo. El estudiante remata preguntándole sus datos y la escena termina sin que Magdalena haya contado su historia. (Alvarado, Crónica 7)

Tal como sugiere el relato, pese a que el estudiante se atiene a la pauta de la entrevista, mira a los ojos a la paciente y realiza las preguntas, la comunicación entre ambos se ve tensionada. El nerviosismo del estudiante frente a la actriz se observa, tal como muestra la crónica, en cómo realiza las preguntas relativas a cuestiones de orden cotidiano. En lugar de llevar una conversación, el estudiante subordina sus preguntas al modo en que estas se encuentran elaboradas en el protocolo prescrito. El problema es que aquí el estudiante confunde las técnicas establecidas para preguntar por intensidad de dolor, con ciertos aspectos de la entrevista que no se encuentran elaborados en el guion y que supone en el estudiante la experiencia de lo que sería una entrevista propiamente tal, un dialogo. Esto, junto con acarrearle dificultades al estudiante en su propia performance, impacta la situación clínica. Y es que, tal como señala el extracto, la historia clínica de la paciente queda oculta: “la escena termina sin que Magdalena haya contado su historia”. A nuestro parecer, se trata aquí de un momento clave pues demuestra cómo la entrevista clínica permite que la historia del paciente aparezca en virtud de una relación, tal como lo sugiere la palabra, de una mirada ‘entre dos’. Al mismo tiempo pone en evidencia que si la pauta de acción, el guión que rige la rutina médica, no se comprende como una guía a interpretar y actualizar en el transcurso del encuentro clínico, arriesga al estudiante a una suerte de mecanización del comportamiento médico frente al paciente, llevando a cabo performances rígidas incapaces de abrirse a la variabilidad que tensiona toda interacción cara a cara.

4.6.2 El ensayo de la conversación médico paciente

En el apartado anterior, señalamos cómo las simulaciones contienen el riesgo de, tomando las palabras de Carlos Lozares, reducir “la realidad a algo controlable y programable”, que sería, como veíamos al comienzo de este estudio, la visión instrumental y ‘objetiva’ que garantizaría la presencia de Pacientes Simulados a la educación clínica. Sin embargo, tal como lo intuye el mismo autor reflexionando en el horizonte de las experiencias de simulación virtual, al mismo tiempo estas prácticas poseen la potencialidad de incluir “la emergencia de lo inesperado” (2009, p.189 y 171). En relación a esto último, quisiéramos recordar un aspecto fundamental que los docentes señalan a los estudiantes sobre la entrevista clínica. Se trata de presentar a estos el desafío de llevar a cabo una verdadera conversación con el paciente. En palabras de un docente, los estudiantes deberían tratar de hacer que “la entrevista no sea una encuesta sino una conversación” (Alvarado, Crónica 3). Particularizando esta idea, durante una de las sesiones del curso, el docente sostiene ante el grupo que el motor de la entrevista clínica sería la pregunta al paciente.

El médico debe saber cómo preguntar al enfermo sin cansarlo. Si el médico pregunta por detalles que en realidad no eran necesarios, terminará entonces fatigando al enfermo. Si un paciente tiene dolor, usted tiene que preguntar desde cuándo le duele, dónde le duele, con qué aumenta el dolor, con qué disminuye el dolor, qué medicamentos ha tomado, cuál es la intensidad del dolor, de qué tipo es el dolor, si es como una clavada, si es como una quemadura, etc. (Alvarado, Crónica 7).

Las palabras del docente parecieran sugerir a los estudiantes que deben esforzarse por entrar en el nivel dramático del malestar vivido por el paciente, acceder al relato de cómo es que comienza a hacer su aparición la dolencia. En este sentido la consideración de la centralidad de la pregunta médica, tal como señala el docente citado, permite comprender que la fuente del conocimiento médico no sería apenas la

memorización de un guión, si no la propia indagación del síntoma y el malestar experimentado e interpretado por el paciente con ayuda del médico. Se trata de una suerte de consideración del médico como el espectador e intérprete del paciente, de sus síntomas, donde el cuerpo y la palabra de este se transforma en el micro escenario de la clínica médica⁶⁹. De modo indirecto, lo anterior se deja ver en un extracto de la misma crónica citada, donde el docente, hacia el final de la sesión, invita a los estudiantes de manera grupal a realizar las últimas preguntas a Magdalena Castro:

El docente-médico señala a los estudiantes: Con estas pacientes hay que tener ojo. Uno tiene que encontrar los síntomas -chispea los dedos- que gatillen la señal que hay que hospitalizar. Ustedes no son entrevistadores no más, son médicos, tienen que ser creativos para ver qué otros síntomas hay. ¿Preguntémosle por intento de suicidio? Horrorizado un estudiante dice: ¿Pero cómo se pregunta por eso? El docente responde, se pregunta de a poco. Primero por el ánimo, por si sale con amigos, por cómo se siente... (Alvarado, Crónica 7)

La comprensión de la entrevista clínica como una conversación o un diálogo, entrega una clave de lectura que hace indispensable, a nuestro juicio, considerar el ensayo de la interacción médico paciente en términos flexibles. Dicho en palabras de Schechner, un gran actor no es sino quien “conoce los movimientos y puede jugar con ellos, como un músico de jazz experto que conoce una progresión de música particular y tiene la capacidad de improvisar a partir de ella” (2012, p.296). Y es que, siguiendo con el autor citado, si bien toda performance social está en un sentido “predeterminada. . . otras partes de la representación están abiertas” (2012, p.302). Por ello resulta fundamental considerar que la simulación clínica podría también configurarse como un momento de construcción y deconstrucción de la entrevista clínica. Es decir, que las

⁶⁹Resuena aquí la tendencia de la Medicina Narrativa, nuevo enfoque de la clínica médica que busca trabajar con las historia de los pacientes dando mayor espacio a la palabra, pero también a los silencios y gestos. Destaca aquí la médico estadounidense Rita Charon, como uno de sus principales referentes. Ver: “Las historias que cuenta la medicina”. *Intramed*. Web.

simulaciones puedan ser comprendidas en términos de situaciones de ensayo de la entrevista clínica, abre la posibilidad, a nuestro juicio, no solo de preparar un guion de manera estricta, sino de explorar ciertos momentos de la interacción médico paciente donde el estudiante eventualmente podría sentirse débil, o que el grupo en su conjunto considera preciso revisar o repetir en vistas del proceso de enseñanza aprendizaje. Cabe traer a la memoria la caracterización que Pavis realiza del ensayo escénico como un espacio orientado a probar y tantear modos de relacionarse en escena (1998, p.160).

Finalmente, quisiéramos señalar que si bien parte de los estudiantes concuerdan en que la sola presencia del actor-Paciente Simulado pareciera indicar que se enfrentan a una práctica donde es posible probar alternativas, “uno interioriza que la persona es un actor y entonces eso te permitía equivocarte”, en términos generales coinciden en señalar que se trata más bien de un espacio ‘potencial’ y no tanto de una posibilidad explícita. En relación a esto, dos momentos de las crónicas nos parecen relevantes, pues dan cuenta de cómo a momentos las propias teatristas que registramos las sesiones nos vemos tentadas a interrumpir la escena en virtud de profundizar en ciertos aspectos.

La sala-consulta tiene poca luz, menos que las otras veces. Cuesta ver la entrevista, aunque los espectadores tengamos la luz apagada. . . La actriz parece cansada y un poco aburrida. Como no estamos usando audífonos sino parlantes, al igual que en la sala de al lado, se oyen los textos de Magdalena también al lado, como un eco, diciendo las mismas cosas: “la ensalada trae un huevo”, “a veces me tomo un paracetamol”. La alumna pregunta de una forma que a mí me parece bastante poco delicada: “¿te encuentras gorda?” Pienso cómo podría preguntarse eso de manera más asertiva, para que la paciente se sienta en confianza. *Me dan ganas de detener la escena para buscar otras alternativas.* Parece que la actriz se equivocó, dijo que los abuelos no tienen enfermedades. Si mal no recuerdo la abuela de Magdalena sí tenía una enfermedad. A mí me parece una escena aburrida y con muy poca energía. *Si fuera el ensayo de una obra, como directora hubiese parado la escena porque los actores no parecen vivir la situación, parecen estar diciendo, sólo diciendo el texto.* (De la Parra, Crónica 8, el énfasis es nuestro)

El siguiente extracto refuerza la misma idea:

El estudiante vuelve a la sala y el docente pide feedback positivo. Los compañeros dan un gran aplauso de ánimo al estudiante. *Siento muchas ganas de proponer que se repita la escena, pues en teatro la repetición es una de las maneras más apropiadas para aprender o ‘encontrar la escena’.* El docente no explicita en ningún momento las dificultades que tuvo el alumno. Es como si lo protegiera, diciendo: “nos faltó preguntar tal cosa”, “nos olvidamos de revisar por sistemas”, etc. . . El docente dice que en esta ocasión Magdalena no contó su historia. Yo debo aguantarme las ganas de preguntar: ¿Es que Magdalena no contó su historia, o la relación de comunicación entre ellos, por diversos motivos, no dio lugar al aparecer de esa historia? (Alvarado, Crónica 7, el énfasis es nuestro)

Como señalaba muy someramente Barrows, en los orígenes de las prácticas de simulación, la posibilidad de llevar a cabo un ‘tiempo dentro’ y un ‘tiempo fuera’ durante la situación de interacción, pausando o repitiendo ciertos momentos en virtud de los requerimientos pedagógicos, sería una de las virtudes que por añadidura traen consigo las prácticas de simulación (1993, p. 444-445). En cierto sentido, pensamos que en las prácticas observadas se revela la resistencia de la propia Escuela de Medicina UC a abrirse a la oportunidad de explorar el abanico de posibilidades contenidas en las simulaciones clínicas. Repetir o pausar ciertos momentos de la escena, comprendiendo su cualidad de acciones reversibles, se asocia en este contexto, a poner en riesgo la credibilidad de la situación, develando que las prácticas de simulación clínica con Pacientes Simulados consisten efectivamente en un juego escénico y no en una entrevista clínica que buscaría, en virtud de su carácter simulado, parecer lo más ‘real’ posible.

V. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES

Sabemos que el *juego* y la *capacidad de anticipación* son características antropológicas definitorias del ser humano. En nuestras fantasías desarrollamos muchas más posibilidades de las que luego se realizarán efectivamente, y esta *fantasía experimental* se objetiva a menudo en el arte. . . Esta función del arte –laboratorio antropológico-social, exploración, en experimentos de carácter lúdico estético, de las *posibilidades de lo humano*– se torna cada vez más importante a medida que se acrecienta paralelamente el dominio científico-técnico del hombre sobre la naturaleza y sobre sí mismo. .
Heiner Müller, “Presentación de un autor incómodo”, 1987⁷⁰.

Como se señaló en un comienzo, esta tesis fue desarrollada al amparo de un proyecto interdisciplinario inédito entre las escuelas de Teatro y Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. En este sentido, los pasos dados aquí forman parte de un camino fundado en la motivación de la disciplina teatral, por observarse a sí misma aplicada a otro campo distinto a las artes, y por la apertura de la propia educación médica por pensar sus propias prácticas pedagógicas. En un principio, como señalamos quizás muy someramente en el capítulo anterior de este estudio, el comienzo del trabajo de campo realizado en torno a las simulaciones estuvo tensionado por el temor de la propia educación médica y las personas involucradas en las prácticas a que una mirada crítica a su trabajo pudiese ser en algún sentido desfavorable. Lejos de esto, a nuestro juicio, esta investigación ha puesto en valor las prácticas de simulación clínica con Pacientes Simulados, motivando al teatro y a la medicina a proyectar una colaboración mutua para pensar y repensar las prácticas no solo en el sentido de las actuaciones de los Pacientes Simulados, sino en su diseño y llevarse a cabo.

⁷⁰ Entrevista realizada por Jorge Reichmann, publicada en 1987 por Revista Primer Acto.

En las páginas precedentes nos hemos aproximado, desde el teatro, al fenómeno de la simulación clínica aplicada a la educación médica queriendo comprender qué acontecía en el nivel de sus prácticas. En esta tarea, hemos identificado que la simulación, lejos de significar una pérdida de realidad para la educación médica, permite en su potencialidad la ganancia de un escenario performativo y reflexivo para sus fines pedagógicos.

Junto con revisar, por medio de la literatura, cómo la propia educación médica ha comprendido hasta ahora el trabajo con Pacientes Simulados y prácticas de simulación, hemos querido privilegiar, justamente por la perspectiva teatral a la base de este estudio, visualizarlo en un contexto particular de desarrollo, lo mismo que un fenómeno escénico: la EMUC y dentro de ello, el curso Integrado de Clínica I de tercer año de la malla curricular. Esto, comprendiendo que la pregunta por la teatralidad de las prácticas, en tanto modo de mirar y comprender un fenómeno específico, requiere un rodeo por el nivel escénico, la dimensión propiamente situada de estas. En este sentido, uno de los mayores esfuerzos del estudio fue demorarnos en escuchar y mirar las prácticas, en ver qué ocurría en ellas. Esto fue, dicho sea de paso, lo que propiamente ordenó la investigación. Y es que previo a la revisión de la literatura médica, de visualizar qué se había dicho sobre estas prácticas, cómo habían sido pensadas por la propia educación médica, nos aventuramos en conocerlas en sus contextos de desarrollo. Con la riqueza de esa experiencia, a posteriori, dimos lugar a la revisión de las miradas ya desarrolladas por la propia disciplina médica. En ese entonces, con el trabajo de campo aun no del todo elaborado en un sentido reflexivo, identificamos que en la propia literatura médica se hacían presentes dos aproximaciones a las prácticas de simulación médica: ver en ellas un mero escenario de control del aprendizaje o reconocer su ganancia no solo en ese sentido, sino también por las posibilidad que estos escenarios performativos ofrecen a la educación de la clínica médica.

En referencia al nivel propiamente teórico de esta investigación, quisiéramos señalar que aquello que fundamentó la revisión de las Perspectiva Dramatúrgica de

Goffman y los Estudios de la Performance fue, en primer término, desentrañar un problema que visualizamos a la base de este fenómeno. Por un lado, tal como se anunció en los inicios del estudio, la disciplina teatral pensaba que en las simulaciones no se jugaba nada muy interesante para el teatro, más que un trabajo remunerado para los actores. Por su parte, la educación médica pensaba que el teatro podía ayudar a que las actuaciones de los actores fueran más realistas aún, o que se verificara cuán realistas eran, reconociendo cómo los actores eran tan buenos actores que parecían realmente verdaderos pacientes. Junto a esto, percibíamos que desde el teatro había una resistencia por abordar estas prácticas, resistencia que en primer término yo misma experimenté al ser invitada a colaborar en este proyecto, pues la idea de la simulación parecía reducir el trabajo de los actores a un engaño. Por su parte, las propias profesionales de la Unidad de Pacientes Entrenados nos aclaraban que las actuaciones de los Pacientes Simulados no eran teatrales, en el sentido de ‘exageradas’ o ‘sobreactuadas’, sino casi cinematográficas, cuestionando qué podría decir el teatro a este respecto. Fue con este acervo que nos aproximamos a la Perspectiva Dramatúrgica de la teoría social y revisamos su planteamiento. Desde aquí interpretamos que la teatralidad lejos de amenazar la realidad de una situación determinada, garantiza el reconocimiento de su nivel performativo y simbólico, comprendiendo que, de cierto modo, la realidad está teatralmente construida. Por su parte, revisando la perspectiva de los Estudios de la Performance despertamos a cómo el teatro ya se ha abierto al estudio de otras prácticas sociales también escenificadas, explorando cómo las personas tanto en la esfera privada como pública de la vida social requieren de actuar los unos frente a los otros. En definitiva, gracias a este esfuerzo que a ratos puede haber sido árido para el lector, verificamos que lo teatral y lo real consistía no bien en una dicotomía sino en dos lados indisociables. Asimismo, la revisión teórica favoreció que ampliáramos nuestra mirada del actor o Paciente Simulado, como único responsable de la eficacia pedagógica de las prácticas de simulación, hacia la consideración de la totalidad de los factores en juego:

los co-actores, la relación dinámica entre actores-espectadores, los límites y las posibilidades que otorga el espacio escénico.

El diálogo entre la teoría y los hallazgos referentes propiamente al trabajo en terreno de este estudio, nos permitió visualizar una tensión que, a nuestro juicio, estaría a la base del desarrollo y de la comprensión de la simulación clínica. Visualizamos, en parte, el esfuerzo de la educación médica por enseñar a los estudiantes una suerte de guión de comportamiento para aprender y practicar un mínimo de acciones a realizar frente al paciente, es decir, el aprendizaje propiamente del nivel normativo de las rutinas médicas. Dimos cuenta al lector de cómo las simulaciones tendían a potenciarse como modos de estandarizar tanto las conductas de los Pacientes Simulados, como la de los propios estudiantes como futuros médicos. Desde aquí las simulaciones parecían limitarse a colaborar en la racionalización de un paradigma específico de la medicina: cómo se enseña/introduce a los estudiantes a la experiencia de la relación médico-paciente donde se enfatiza el polo del control del aprendizaje y de la ejecución de la propia entrevista clínica. Sin embargo, al mismo tiempo vislumbramos cómo las simulaciones, y en particular los docentes, buscaban a momentos señalar a los estudiantes que la clínica médica requiere poner en práctica y reflexionar en un nivel performativo que incluya una apertura a definir la situación en curso. Dicho de otro modo, los propios docentes fomentaban que los estudiantes imaginaran en acto, por medio de estas prácticas, cómo llevarían adelante su rol de médicos, así como también que comprendieran que la clínica médica es un escenario donde se hacen visible los síntomas del paciente, que requiere del relato de este el cual surge ni más ni menos de la conversación entre ambos y no meramente de una encuesta o un conjunto de preguntas. Aquí, siguiendo los Estudios de la Performance, descubrimos cómo el entrenamiento de los estudiantes como médicos, esta suerte de ‘Estudiantes Entrenados’, en tanto conducta restaurada no resulta un mero ejercicio gimnástico, sino un modo de hacer que contiene a su vez una dimensión reflexiva. De ahí que señalemos en el apartado dedicado a las actuaciones, que la distancia de rol del Paciente Simulado, lo mismo que para los

estudiantes, permitiría pasar de un nivel solo ‘subjetivo’ de la actuación a un nivel donde el espectador es valorado en su sentido reflexivo.

En la tensión anunciada, a nuestro juicio, se visualiza cómo la simulación resulta una oportunidad no solo para que los estudiantes estabilicen conductas y expectativas sobre lo que sería una relación médico paciente ‘correcta’, sino para descubrir otros posibles latentes que consideren la apertura al sentido emergente de la situación escénica en curso. En esta tensión entre el nivel propiamente normativo de las prácticas, y su apertura a la situación escénica, la teatralidad, a nuestro juicio, resulta clave, pues garantiza el equilibrio entre las pautas o el guión, es decir, el nivel del orden y la normalización, a su actualización en acto y su orientación al futuro. La teatralidad permitiría mediar entre ambos polos: que los estudiantes incorporen el acervo del conocimiento médico pero agregando su novedad. En este sentido, observamos cómo aquello que está en juego en las prácticas de simulación clínica es propiamente el ‘drama’ del aprendizaje clínico por parte de las nuevas generaciones. Drama, pues se trata de un verdadero conflicto entre estos dos lados ya anunciados de la clínica médica: su nivel normativo, el nivel del protocolo, y su nivel de acontecimiento entre dos, como lo recuerda la entrevista clínica. A nuestro juicio, la simulación permitiría desarrollar espacios de aprendizaje crítico dispuestos no solo para que los estudiantes interioricen un conjunto de reglas de cómo el médico debe presentarse ante el paciente, sino para que comprendan también la complejidad que atraviesa toda interacción, aun en el marco de una institución tensionada por el nivel normativo.

Pensamos que en relación a esto último recae una de las posibilidades más valiosas que abre la investigación a futuro: cómo potenciar que estas prácticas puedan incluir en sus marcos una visión más compleja de la realidad social médica. Cabe señalar aquí que a fines de esta investigación, en las últimas conversaciones establecidas con los estudiantes, estos nos comentaron que las simulaciones, pensándolas a posteriori, tendían a ratos a ser demasiado ‘simplistas’. Los Pacientes Simulados tendían a repetir en las sesiones prácticas frases que los estudiantes ya había conocido en las sesiones

teóricas para referir a un síntoma específico. Para entonces el grupo ya estaba realizando experiencias de terreno en el hospital y comenzaban a reconocer que el ‘encuentro’ con el paciente podía ser un verdadero ‘desencuentro’, es decir, que la comunicación entre ambos requería de un esfuerzo mucho mayor del imaginado. Quizás aquí, pensando a futuro, se abre la posibilidad de revisar la progresión de las prácticas de simulación a lo largo de la malla curricular, en términos de su complejidad. Pensamos que la propia disciplina teatral y sus saberes más específicos vinculados al nivel práctico, podría en este sentido contribuir al desarrollo de nuevos guiones o de nuevas estrategias escénicas que permitan explorar otras dimensiones presentes en la relación médico paciente. En este sentido, esta investigación queda en deuda por explorar con mayor detalle y propiedad, la productividad de la propia teoría escénica para imaginar su activación práctica en los escenarios de simulación clínica, potenciando con esto nuevas posibilidades de desarrollo. Esta línea también podría motivar un estudio etnográfico del propio espacio de la consulta clínica que permita reconocer las tensiones que lo atraviesan para luego elaborarlas por medio de la práctica escénica.

Finalmente, pensamos que uno de los principales aportes de este estudio ha sido mostrar cómo la teatralidad no solo ‘participa’ en la simulación clínica, sino colabora activamente en la generación, elaboración y construcción del conocimiento médico de las prácticas clínicas. Si bien la pedagogía teatral y también el Teatro Aplicado han venido mostrando hace años que el teatro colabora en enriquecer experiencias comunitarias, que el teatro posee en sí mismo dimensiones terapéuticas que favorecen el bienestar de las personas, ha tendido a dejar al margen escenarios performativos vinculados al nivel institucional de la vida social, desconociendo en parte que en este nivel también se juega la interacción entre personas. La simulación, bajo nuestra comprensión, contiene en sí misma la posibilidad de que las disciplinas no solo practiquen las competencias requeridas en su quehacer, sino que autobserven cómo construyen su conocimiento y a su vez qué modelos, por ejemplo de clínica médica, están transmitiendo a las nuevas generaciones. Se trata aquí de una posibilidad que

queda abierta no solo para la educación médica, sino también para la psicología, el derecho, la enfermería y la propia pedagogía, entre otras disciplinas.

Junto a lo anterior, y en lo particular, este estudio nos motiva a seguir profundizando en las posibles relaciones entre el teatro y la educación médica. A proyectar, por qué no, una investigación que aborde un número mayor de prácticas y no solo aquellas realizadas en sala de espejo, comprendiendo que en la actualidad la propia Escuela de Medicina UC realiza simulación clínica con Pacientes Simulados en distintas etapas de su malla curricular. También en este sentido visualizamos la posibilidad de considerar las experiencias de otras facultades de medicina.

Para terminar, quisiéramos hacer hablar el siguiente extracto de un escrito elaborado por Hans-Georg Gadamer donde refiere a la práctica médica. Pensamos que sus palabras tienen fuertes resonancias para los hallazgos relevados en este estudio:

[E]n el momento que el médico se pone la bata blanca. . . seguro que no renuncia a integrar en su labor toda la cosecha de su saber, sus estudios y su experiencia; seguro que es también aplicación de la ciencia lo que hace el médico en su consulta; y sin embargo no debería ser solo aplicación de reglas y rutina. Nunca podría seguir las reglas tan a ciegas como se sigue las normas de tráfico. . . Por eso no hablamos solo de ciencia médica, sino del arte de curar. Esto implica que no es simple seguimiento de reglas ni simple saber, sino algo que no se puede regular sin más, ni gobernar sin más, por medio de la ciencia. En el arte de curar el médico pone para el paciente todo lo que él ha llegado a ser y es. (2002, p.22)

Referencias Bibliográficas

- Adamo, G. (2007). "Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003". *Medical Teacher* 25: 262 – 270.
- Arellano, T. y M. Verdugo. (2012). "Roles múltiples: el papel del médico en la vida del paciente". Taller de titulación, Instituto de Sociología de la Universidad Católica de Chile. Facilitado por los autores.
- Balme, C. (2013). *Introducción a los estudios teatrales*. Santiago de Chile: Frontera Sur Ediciones.
- Barría, M. (2011). "Performance y políticas del acontecimiento. Una crítica a la noción de espectacularidad". *Aletria* (21):111-119. Recurso electrónico.
- Barrows, H. (1993). "An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills". *Acad Med.* 6:443-51.
- Baudrillard, J. (1978). *Cultura y simulacro*. Barcelona: Kairós.
- Baumann, B. (1967). "Georg Mead and Luigi Pirandello: Some Parallels between the Theoretical and Artistic Presentation of the Social Role Concept". *Social Research* Vol34, N°3: 563-607.
- Beaud, S. y Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*. Éditions La Découverte, Paris.
- Beltrán, M. (2010). "La metáfora teatral en la interacción social". *Revista internacional de sociología* 68: 19-36. Recurso Electrónico. 2 Dic. 2013.
- Blatner, H. (2013). Fundamentos teóricos del psicodrama. *Psicoterapia y psicodrama* 2(1). 32-44.
- Bradley, P. y Postlethwaite, K. (2003). "Simulation in clinical learning". *Medical Education*. (37):1-5. Recurso electrónico.
- Bralic, C. (2010, a). Comunicación Personal con Philippa Moore. Documento inédito facilitado por la autora.

- . (2010, b). “Observación teatral de un ECOE (OSCE)”. Facilitado por la autora. Inédito.
- . et al. (2011). *Crónicas: hacia una hermenéutica teatral*. Texto elaborado por el proyecto del Fondo de Desarrollo para la Docencia (FONDEDOC) de la Universidad Católica de Chile. Sin publicar. Facilitado por los autores.
- . (2012-2014). “Apuntes reuniones Proyecto VRI Teatro y Medicina”. Registro de Constanza Alvarado. Inédito.
- . et al. (2013) “Proyecto Políticas Públicas UC 2014: Análisis del programa Arte Educador de Gendarmería de Chile (GENCHI), a partir de su aplicación en talleres artísticos de tres centros penitenciarios”. Formulario de postulación. Facilitador por los autores.
- Bustos, R. (1998). *Las enfermedades de la medicina: el sacrificio del sujeto en las prácticas médicas modernas*. Santiago de Chile: Eds.ChileAmérica CESOC.
- Bozzo, G. “Desarrollo de la medicina familiar en Chile”. Recurso electrónico. 12 de oct. 2013
- Brissett D. y C. Edgley. Ed. (2009). *Life as Theater. A Dramaturgical Sourcebook*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Calvache, I. (1995). “Diagnosis: experimento teatral médico”. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España. Recurso Electrónico. 14 Nov.2013
- Casasbuenas, L. (2007). “La entrevista médico-paciente: perspectivas de análisis pragmático-discursivo”. Tesis doctoral Universidad Autónoma de Barcelona, programa de doctorado en Comunicación y Periodismo. Recurso electrónico. 5 Ene.2014.
- Churchouse, C. y Rudd, C. (2008). “Bridging the Theory to Practice Gap Using Performance Based Simulation”. EDU-COM International Conference. 118-126. Recurso electrónico. 7 Dic.2013.
- College of Medicine. University of Kentucky. Web. 10 Ago. 2013.

- Cornago, O. (2011). Introducción. “En torno al conocimiento escénico”. *Estética de lo performativo* de Erika Fischer-Lichte. Madrid: Abada.
- De la Croix, A. y Skelton, J. (2013). “The simulation game: an analysis of interactions between students and simulated patients”. *Medical Education*. (47): 49-58. Recurso electrónico. 2 Nov.2013.
- Descripción de cursos: Medicina. “Admisión y registros académicos”. *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Web. 10 Febr. 2014.
- De Tavira, Luis. “De mí mismo como otro”. *Fractal* 32. Recurso electrónico. 11 Nov.2013.
- Diccionario de la Lengua Española. (2001). Real Academia Española. Buenos Aires: Espasa-Vigésima Segunda Edición.
- Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. “Dicciomed”. *Universidad de Salamanca*. Web. 10 Ener.2014.
- Dieckmann, P.; Gaba, D. y Rall, M. (2007). “Deepening the theoretical foundations of Patient Simulation as social practice”. *The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. Vol. 2, No. 3.
- . y Yliniemi, P. (2012). “Sociodrama and psychodrama and their relation to simulation in health care”. *Towards simulation pedagogy. Developing Nursing Simulation in European Network*. Poikela, E. y Poikela, P. eds. Rovaniemi: Finlandia. Recurso electrónico. 22 Oct.2013.
- Duvignaud, J. (1980). *Sociología del teatro. Ensayos sobre las sombras colectivas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Féral, J. (2003). *Acerca de la teatralidad*. Buenos Aires: Nueva Generación.
- . (2004). *Teatro, teoría y práctica: más allá de las fronteras*. Buenos Aires: Galerna.
- Fischer-Lichte, E. (2011). *Estética de lo performativo*. Madrid: Abada.
- . “La Ciencia Teatral en la Actualidad. El Giro Performativo en las Ciencias de la Cultura”. *Middlebury College*. Recurso electrónico. 10 Nov.2013.

- Flick, Uwe. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires 2003: Siglo Veintiuno Editores S.A.
- . (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Trad. Aurelio Garzón del Camino. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Freire, P. (2008). *Cartas a quien pretende enseñar*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fuentes, M. (2011). "Presentación". *Estudios Avanzados de Performance*. Diana Taylor y Marcela Fuentes Eds. México- New York: Fondo de Cultura Económica-Instituto Hemisférico de Performance y Política.
- Gadamer, H. (2002). "Hermenéutica, teoría y práctica". *Acotaciones hermenéuticas*. 13-22. Madrid: Editorial Trotta.
- García-Carbonell, A. y F. Watts. (2007). "Perspectiva histórica de simulación y juego como estrategia docente: de la guerra al aula de lenguas para fines específicos". *Ibérica* 13: 65-84.
- Gerould, Daniel (1987). "Imaginary invalids: a theater of simulated patients". *Theater*. 19(1): 6-18.
- Goffman, E. (1971). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Goic, A. (2002). "Pedro Laín Entralgo, médico y humanista". *Revista Médica de Chile* v.130 n.1. Recurso Electrónico, s/p. 23 Nov.2013.
- Gran, A. y Diane Oatley. (2002). "The Fall of Theatricality in the Age of Modernity". *SubStance* 31: 251-264.
- Grass, Milena. (2011). *La investigación de los procesos teatrales. Manual de uso*. Frontera Sur Ediciones.
- Grotowski, J. (2008). *Hacia un teatro pobre*. Buenos Aires: SXXI Editores.
- Guarinos, M. (2008). "¿Representar o simular? Esa es la pregunta. Los límites de la representación". *Icono14*. Recurso electrónico. 20 Nov. 2013.

- Harden R., et al. (1975). "Assessment of clinical competence using objective structured Examination". *Br Med J*; 1: 447-51.
- Herrera M. y Soriano, R. (2004). "La teoría de la acción social en Erving Goffman". *Papers* 73: 59-79. Recurso electrónico. 2 Dic. 2013.
- History of standardized patient. Web University of New York. Upstate, Medical university.
- Joseph, I. (1999). *Erving Goffman y la microsociología*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Lindgren, H. (1973). *Introducción a la psicología social*. México: Trillas.
- Lozano, B. (2003). "En el aniversario de Erving Goffman (1922-1982)". *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (102): 47-61. Impreso y recurso electrónico. 16 Nov.2013.
- Lozares, C. (2004). "La simulación social, ¿una nueva manera de investigar en ciencia social?". *Papers* (72): 165: 188.
- Moore, P y G. Gómez. (2007). "Comunicarse efectivamente en Medicina ¿Cómo adquirir Habilidades Comunicacionales durante la carrera de Medicina?" *Ars Medica* 15: 171-81. Recurso electrónico. 2 May.2012.
- . et al. (2010). "La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?". *Rev. Med. Chile* 2010; 138: 1047-1054. Recurso electrónico. 4 May.2012.
- Office of Medical Education*. University of Kentucky. Sitio Web. 4 Oct.2013.
- Palacios, Sylvia. (2007). "Uso de pacientes estandarizados en educación médica". *Rev. Educ. Cienc. Salud* 4 (2): 102-105.
- "Pauta de observación de estudiantes". Material docente curso Integrado de Clínica I. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Pavis, P. (2000). *El análisis de los espectáculos. Teatro, mimo, danza, cine*. Barcelona: Paidós.
- . (1998). *Diccionario del teatro. Dramaturgia, estética, semiótica*. Barcelona: Paidós.

- Pérez, R. (2012). "Sintéticamente: mecánicas de la escenificación (escuchar)". *Revista Apuntes de Teatro* 135: 97-102.
- Población, P. y López, E. (2000). *Introducción al role-playing pedagógico*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Poikela, E. y Poikela, P. (2012). *Towards simulation pedagogy. Developing Nursing Simulation in European Network*. Rovaniemi: Finlandia. Recurso electrónico. 22 Nov.2013.
- Potolsky, M. (2006). *Mimesis*. Nueva York: Routledge.
- Quesada, F. y Prados, J.A. (2005) "Evaluación de la competencia clínica con pacientes simulados". *El médico interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad*. Recurso electrónico. 30 Ago. 2013.
- Rodríguez-Díez, M.et al. (2012). "Aprendizaje de la historia clínica con pacientes simulados en el grado de medicina". *Educ.Med* 15 (1): 47-52. Recurso electrónico. 10 Nov.2013.
- Sánchez, J.A. (2007). *Prácticas de lo real en la escena contemporánea*. Madrid: Visor Libros.
- . (2008). "El teatro en el campo expandido". *Quaderns Portatils* (16): 1-32.Barcelona, Museo de Arte Contemporáneo de Barcelona MACBA. Impreso y recurso electrónico. 10 Dic. 2013.
- Schatzki, T., Knorr, K. y E.Von Savigny. (2001). *The Practice Turn in Contemporary Theory*. Nueva York: Routledge.
- Schechner, R. (2012). *Estudios de la representación. Una introducción*. Trad. Rafael Segovia. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- . (2000). *Performance. Teoría y prácticas interculturales*. Buenos Aires: Libros del Rojas.
- . (2011). "Restauración de la conducta". *Estudios avanzados de performance*. Diana Taylor y Marcela Fuentes Eds. México-Nueva York: Fondo de Cultura Económica-Instituto Hemisférico de Performance y Política.

- Taylor, C. (2011). "Introducción. Performance, teoría y práctica". *Estudios Avanzados de Performance*. Diana Taylor y Marcela Fuentes Eds. México- New York: Fondo de Cultura Económica-Instituto Hemisférico de Performance y Política.
- . (2009). "Afterword: War Play". PMLA. Volumen 124 (5): 1886–1895. Recurso electrónico. 9 Dic.2013.
- Triviño, X., A. Vásquez y A. Mena. (2002) "Aplicación del Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE) en la evaluación final del internado de pediatría en dos escuelas de Medicina". *Revista Médica*. Recurso electrónico V.130 (Nº7). 25 Nov.2013.
- Trujillo-Chapa, N. (2008). "Un vínculo entre el arte teatral y la medicina". *LABORAT-ACTA*. Vol. 20. Núm. 1. Recurso electrónico. 6 Nov. 2013.
- "Unidad de Pacientes Entrenados", *Centro de Educación Médica Pontificia Universidad Católica de Chile*. Web. 26 Nov.2013.
- Vásquez, I. (2008). "La transestética de Baudrillard: simulacro y arte en la época de la simulación total". *Estudios filosóficos* (38): 197-219.

Entrevistas citadas

- Faúndez, V. (2013). Entrevista por Constanza Alvarado.
- González, R. (2013). Entrevista por Constanza Alvarado.
- Moore, P. y María Inés Leighton. (2012). Entrevista realizada por Constanza Alvarado, Cecilia Bralic y Paulina Sarkis.
- Montero, J. (2013). Entrevista por Paulina Sarkis.
- Rubio, A. (2013). Entrevista por Constanza Alvarado y Paulina Sarkis.
- Triviño, X. (2013). Entrevista por Constanza Alvarado.
- Ubal, A. (2012). Entrevista realizada por Paulina Sarkis y Constanza Alvarado.

Anexo 1. Visualización del trabajo con Pacientes Simulados en la malla curricular de la EMUC

Año	Sigla	Curso	Docencia	Evaluación
1	MED 103 A	Introducción a los estudios médicos	•	•
2	MED 202 A	Psicología Médica	•	
3	MED 301 A	Integrado de Clínicas I / La entrevista Clínica	•	•
		Evaluación de fin de año		•
4	MED 401 A - 402 ^a	Integrado III - IV Módulo Ambulatorio	•	•
	MED 401 A - 402 ^a	Integrado III - IV Capítulo Comunicación	•	
		Evaluación fin de año		•
5	MED 507 A	Introducción al Internado		•
6	MED 603 A	Internado de Obstetricia y Ginecología		•
	MED 604 A	Internado de Pediatría		•
7	MED 701 B	Internado de Medicina Familiar		•

Y en docencia de Postgrado:

Docencia en Residencias Medicina Familiar y Pediatría.

Evaluación, Psiquiatría de Enlace Residencia Medicina Familiar.

También los pacientes simulados se han utilizado en la capacitación de docentes:

Curso Introducción a la docencia en comunicación del Diploma de Educación Médica PUC.

Curso OSCE.

Elaboración de videos para uso docente usando pacientes, médicos y alumnos simulados.

Extraído del sitio web de la Unidad de Pacientes Entrenados UC.

Anexo 2. Certificado comité de ética médico



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA - COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Santiago, 08 de Mayo de 2012

Proyecto : 12-116

SE APROBO EL SIGUIENTE PROYECTO:

Investigador Responsable: Philippa Moore
Departamento de Medicina Familiar
Centro Médico San Joaquín

Título Proyecto: PROYECTO: Evaluación teatral del recurso paciente entrenado para la formación de profesionales de la salud: un trabajo colaborativo entre la Escuela de Teatro y la Escuela de Medicina

Financiamiento: VRI

Se acusa recibo de los siguientes documentos:

Carta del investigador responsable solicitando la revisión y aprobación del proyecto en referencia.

Carta de respaldo del Jefe de Departamento, Dr. Klaus Puschel, Dr. Julio Pertuzé, Director de Pregrado y Dr. Jaime Godoy, Director de Postgrado de la Escuela de Medicina y Dra. Blanca Peñaloza, Directora del Centro Médico San Joaquín.

Documentos revisados y aprobados por el Comité:

Proyecto de investigación. Documento de consentimiento informado Médicos.

Documento de consentimiento informado Pacientes.

Documento de Consentimiento informado Pacientes Entrenados.

Consentimiento informado para uso de imágenes.

Resolución del CEI Med UC :

Este proyecto ha sido aprobado con fecha 08 de mayo de 2012 y tiene vigencia de un año. A contar del 07 de mayo de 2013 el investigador responsable deberá solicitar al Comité la renovación anual si desea continuar con el Estudio.

Se le solicita en toda futura correspondencia hacer referencia al número del Proyecto asignado **12-116**

Le saluda atentamente,

DR. EDUARDO GUARDA SALAZAR
Presidente CEI-MedUC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEI-MEDUC

Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el acata del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina (CEI-MedUC). Este Comité adhiere a los principios éticos de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, que considera como norma fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Este comité cumple además con las guías de buena práctica clínica definidas por la conferencia internacional de armonización (GCP-ICH), y con las leyes chilenas 20.120 y 19.628 sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal.