

Vivencias del paciente estandarizado en población LGBTI y víctimas de violencia sexual: un estudio de grupo focal

Experiences of Standardized Patient in LGBTI Population and Victims of Sexual Violence: A Focus Group Study

Recibido: 01 febrero 2023 | Aceptado: 18 septiembre 2023

LEONAR G. AGUIAR-MARTÍNEZ^a

Profesor asistente de la Facultad de Medicina. Director del Centro de Simulación Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5372-2459>

EDUARDO DÍAZ-AMADO

Profesor titular. Director del Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9804-548X>

MARÍA EUGENIA CASTELLANOS-OCHOA

Centro de Educación e Investigación en Salud (CDEIS), Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7512-3142>

MARÍA JULIANA GUERRA-MURILLO

Asistente de Investigación, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5905-2292>

VALENTINA PULIDO-ANTOLÍNEZ

Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2462-8156>

ANTONIA PERILLA-ORDUZ

Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6502-413X>

ISABEL DEL SOCORRO MORENO LUNA

Profesora asistente de la Facultad Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4119-4409>

BRUNILDA DEL SOCORRO ZAPATA

MONSALVE

Profesora de la Facultad de Artes, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4633-7309>

JORGE MARIO ESCOBAR MUNÉVAR

Profesor de la Facultad de Artes, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8911-3906>

^a Autor de correspondencia: laguiar@javeriana.edu.co

Cómo citar: Aguiar-Martínez L, Díaz-Amado E, Castellanos-Ochoa ME, Guerra-Murillo MJ, Pulido-Antolínez V, Perilla-Orduz A, Moreno Luna IdS, Zapata Monsalve BdS, Escobar Munévar JM. Vivencias del paciente estandarizado en población LGBTI y víctimas de violencia sexual: un estudio de grupo focal. Univ. Med. 2023;64(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-4.vpep>

RESUMEN

Introducción: La educación en salud basada en simulación con pacientes estandarizados (PE) es una herramienta de aprendizaje y desarrollo de competencias tanto clínicas como de comunicación. Los actores que interpretan PE asumen riesgos psicológicos al interpretar a estos pacientes vulnerables con alta carga emocional. **Objetivo:** Describir la experiencia vivida por los actores (como PE) en las jornadas de simulación interpretando casos de víctimas de violencia sexual y población LGBTI

donde fueron atendidos por profesionales de salud del Distrito de Bogotá. **Metodología:** Estudio cualitativo de tipo fenomenológico sobre la experiencia de actores que se desempeñaron como PE en los casos descritos, y desde la perspectiva del paciente interpretado y desde la del actor, se realizó un grupo focal con los actores de las jornadas. **Resultados:** Se identificaron actitudes negativas hacia las pacientes derivadas de prejuicios, falta de empatía, evitación, entre otros. Desde la perspectiva de los actores, se generó importante afectación emocional; así mismo, la carga emocional y las repeticiones influyeron en que a los actores les costará más desligarse de los roles, y se afectaran sus actividades diarias. **Conclusiones:** Se evidenció la necesidad de la simulación con PE para sensibilizar al personal de salud. La alta carga emocional y la cercanía de los casos a los actores sugiere la necesidad de acompañamiento psicológico.

Palabras clave

simulación de paciente; educación en salud; entrenamiento simulado; delitos sexuales; minorías sexuales y de género.

ABSTRACT

Introduction: Simulation-based education with standardized patients (SP) in high-fidelity scenarios is a tool for learning, skills development, and clinical competencies. Actors assume psychological risks when they portray these emotionally charged vulnerable patients. **Objective:** To describe the experience of the actors (as SPs) during simulation sessions where they portrayed victims of sexual violence and LGBTI population and were attended by health professionals from the district. **Methodology:** A qualitative phenomenological study was conducted on the experience of actors who portrayed SPs in the cases described, from the interpreted patient and actor's perspective. A focus group was held with the actors after the simulation sessions. **Results:** Negative attitudes towards patients were identified, rooted in prejudices, lack of empathy and avoidance behaviors. The confluence of emotional burden and repetitive simulations rendered it arduous for actors to disentangle themselves from their roles, thereby impacting their daily activities. **Conclusions:** The need for SP simulation to sensitize healthcare staff was evident. The high emotional burden and the proximity of the cases to the actors suggests the need for psychological support. The integration of such support mechanisms contributes not only to the efficacy of simulation-based education but also to the overall well-being of actors, ensuring a more proficient and empathetic healthcare workforce.

Keywords

patient simulation; health education; simulation training; sex offenses; sexual and gender minorities.

Introducción

La educación fundamentada en simulación clínica constituye un instrumento pedagógico que potencia el aprendizaje de competencias aplicables al entorno clínico (1). El paciente estandarizado (PE) ha emergido como una estrategia didáctica consistente en la utilización de individuos formados para simular escenarios clínicos con el objetivo de instruir, evaluar o perfeccionar destrezas comunicativas (2-4), y con la competencia para representar la experiencia de manera estandarizada y permitir que se pueda reproducir de forma similar (2,5). Si bien los PE pueden ser interpretados tanto por actores profesionales como por individuos no especializados (por ejemplo, estudiantes), diversos estudios han señalado una evaluación menos favorable de los PE representados por estudiantes, atribuible en gran medida a un incremento en los índices de ansiedad y nerviosismo durante la simulación (6-8).

La incorporación de los PE en escenarios de alta fidelidad potencia el valor pedagógico de la experiencia de aprendizaje (2), facilitando la adquisición y fortalecimiento de competencias clínicas básicas, avanzadas y comunicativas, especialmente en circunstancias que precisan la resolución de problemas y la toma de decisiones (9). Ello permite un aprendizaje significativo al aplicar estos conocimientos a casos de la vida real (10).

Las estrategias orientadas a perfeccionar las competencias para la atención en salud de la población LGBTI (11) y víctimas de violencia sexual (12,13) plantean desafíos notables, que pueden ser abordados en escenarios de simulación con PE enfocados en propiciar el aprendizaje significativo en el personal sanitario. Existen experiencias con el uso de simulación con PE en casos de violencia sexual (13,14) que han influido favorablemente en la praxis profesional y han añadido valor al programa de formación, al mostrar cambios en el conocimiento, la conciencia y las actitudes específicas para una atención informada sobre el trauma (14), y al resaltar la utilidad del *debriefing*, que ayuda a consolidar el aprendizaje (13). Una de las

ventajas es la ausencia de riesgo de dañar al paciente real, la posibilidad de repetición y la disminución de la ansiedad de los estudiantes al mejorar su experiencia de aprendizaje (15,16).

No obstante, cuando los PE asumen sus roles con rigurosidad, se describen dificultades para que estos se desliguen de la personalidad asumida (17), así como la existencia de riesgos de daños psicológicos, al sumergirse en escenarios de alta carga emocional (18). Este riesgo se incrementa especialmente cuando estos tienen alguna experiencia previa vivida (19), dado que los escenarios clínicos se caracterizan por su precisión y realismo, lo cual intensifica el impacto emocional. Esto ha sido corroborado por hallazgos que muestran efectos psicológicos adversos en los actores involucrados (20). Por tal razón, diversos autores han resaltado la necesidad de gestionar de manera apropiada los procesos de desidentificación del rol interpretado por quienes asumen el papel de PE en las simulaciones (21).

Aunque se han descrito estudios dirigidos a explorar la experiencia vivida por los PE interpretando a pacientes con enfermedad mental (17), para conocimiento de los autores no existen descripciones de experiencias vividas por los PE que hayan representado a pacientes víctimas de violencia sexual y pacientes LGBTI, y su implicación de interpretar casos con altas cargas emocionales.

Esta investigación busca explorar cómo los actores caracterizan sus experiencias desde sus roles, así como su percepción respecto a la atención recibida por el personal sanitario, esto es, desde la óptica del paciente. El objetivo de esta investigación fue evaluar la vivencia de actores profesionales que han interpretado los PE en escenarios de simulación, tanto en lo concerniente a su rol actoral como en sus interacciones con los profesionales en salud, en casos clínicos de víctimas de violencia sexual y atención a la población LGBTI.

Métodos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Pontificia Universidad

Javeriana (referencia FM-CIE-0270-22) y financiado por la Secretaría Distrital de Salud y la Pontificia Universidad Javeriana. La metodología empleada en esta investigación se circunscribe a un estudio cualitativo de naturaleza fenomenológica, cuyos fines eran, por un lado, dilucidar el significado intrínseco de las experiencias vividas por actores profesionales, y, por otro, describir el significado de las experiencias vividas por los actores profesionales que interpretaron los PE de casos clínicos asociados con los cursos de atención a víctimas de violencia sexual y atención en salud a personas LGBTI, impartidos durante en las Jornadas de Simulación, en el segundo semestre de 2022.

Estas jornadas se llevaron a cabo con los participantes que realizaron y aprobaron los cursos Atención Integral a Pacientes Población LGBTI y Atención Integral Víctimas de Violencia Sexual del personal sanitario vinculado con las instituciones prestadores de servicios de la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá (Colombia). Los casos de cada curso fueron adaptados y estandarizados, en un proceso supervisado por académicos especializados en artes escénicas, buscando alcanzar un alto grado de autenticidad mediante un entrenamiento riguroso. En el transcurso de esta formación previa a las jornadas, los PE adquirieron competencias para simular condiciones clínicas específicas y mantener una coherencia interpretativa frente a distintas cohortes de participantes. Así mismo, se les instruyó en habilidades adaptativas a escenarios de variada complejidad.

Al concluir las actividades de las Jornadas de Simulación, se llevó a cabo un grupo focal, donde los actores que se desempeñaron como PE firmaron un consentimiento informado previo al inicio de la actividad. No se realizó muestreo, dado que se convocó al equipo completo de actores que se desempeñaron como PE durante las jornadas. Dicha dinámica fue moderada por los investigadores principales, quienes estaban explorando dos dimensiones fundamentales: en primer lugar, desde la óptica del paciente interpretado, dilucidar la experiencia en relación con las dificultades que enfrentan dichos

pacientes al ser atendidos, y, en segundo lugar, esclarecer la vivencia y el impacto personal, inherentes a la realización de estos roles como PE.

La información primaria se obtuvo a través del grupo focal descrito con PE, y fue registrada con ayuda de medios audiovisuales. La información audiovisual obtenida del grupo focal fue almacenada con disponibilidad solo para los investigadores principales. Posteriormente, este material se transcribió textualmente. Para el almacenamiento y análisis de las transcripciones, junto con las codificaciones, se usó el *software* NVivo (22). Se llevó a cabo un análisis inductivo que buscaba descubrir patrones y tendencias en los datos recopilados, sin estar limitado por un marco teórico preestablecido. La información primaria se obtuvo a través del grupo focal ya descrito.

Durante el proceso inductivo, se adoptaron múltiples criterios con el propósito de determinar las categorías más pertinentes al objeto de investigación. Entre cuatro investigadores se realizaron dos ciclos de codificación, donde se ponderó tanto la relevancia como la frecuencia de aparición de palabras o frases en el análisis ejecutado en NVivo. Cada categoría se definió de manera exclusiva, minimizando redundancias o similitudes con otras. El espectro de datos comprendidos en cada categoría se mantuvo exhaustivo y diferenciado. Se reservó flexibilidad para incorporar nuevos datos emergentes, y así garantizar siempre coherencia y similitud de categorías. Fue de especial importancia que las categorías definidas respondiesen a las dos preguntas guía que constituyen el núcleo del objetivo principal del presente estudio (23).

Resultados

Durante las Jornadas de Simulación se realizaron 18 sesiones, interpretadas por 8 actores, quienes fueron convocados para participar en el grupo focal. De estos, asistieron 6, cuya edad promedio fue 26 años (3 mujeres y 3 hombres). Algunos de los participantes se identificaban como pertenecientes a la comunidad LGBTI y 2 no asistieron por disponibilidad laboral. Todos los

participantes participaron activamente en el grupo focal. Se brindó un espacio tranquilo y de confianza para desarrollar la sesión, que duró 2 horas. Los moderadores permitieron que se expresaran libremente las opiniones basadas en su experiencia vivida.

Se describieron múltiples momentos de reconocimiento y agradecimiento hacia los profesionales de la salud, quienes hicieron sentir cómodos y comprendidos a los PE, al recalcar el compromiso con sus pacientes y la prestación de un servicio de alta calidad en el proceso de atención en salud. Sin embargo, el presente estudio buscó identificar, a través del grupo focal, principalmente las experiencias que pudieran limitar la atención a la población LGBTI y la atención a víctimas de violencia sexual. Por ese motivo, se abordan aquellos impedimentos encontrados y las experiencias de los PE al ser atendidos, y su impacto en los actores.

Experiencias vividas: la perspectiva del actor

En lo que concierne a la vivencia experimentada en calidad de PE durante los casos clínicos representados, se evidenció un impacto significativo influenciado sobre todo por el alto contenido emocional de los casos, secundario a las experiencias traumáticas inherentes en cada relato. La repercusión emocional que afectó a los distintos actores y que se expresó de manera más frecuente englobaba una variedad de emociones como tristeza, rabia, impotencia y cansancio; estados emocionales que recurrentemente se proyectaron en sus actividades cotidianas, como sucedió con este PE: “A mí me pasó tres sábados que llegaba a mi casa ... Yo llegué a mi casa literal... ¡A llorar!, ¡A desahogarme de la carga emocional tan brava!”.

Otro fenómeno identificado por los actores se vinculó con la problemática de la identidad. Los actores señalaron ciertas dificultades para “soltar el personaje”, al concluir cada sesión. Atribuyeron esta situación al realismo subyacente de los casos interpretados, lo que en algunos momentos generó confusión entre su propia identidad y la del personaje que

interpretaban. En algunas ocasiones, sintieron que la extensión temporal de los escenarios del PE y la cantidad de repeticiones intensificaron esta vivencia, y los llevó a sentirse como el personaje y no a estar actuándolo. En estos momentos sintieron que se podían perder en el personaje rápidamente y surgió la necesidad de tener fortaleza emocional para interpretar estos casos sin verse afectados y disponer de un referente que los asistiera en el proceso de desvinculación del rol asumido: “En mi caso, la identidad de Luis se pierde y yo me vuelvo completamente ese personaje, en mi caso particular, pues... Hubo una vez en la que tuve, por ejemplo, un ataque de pánico en una consulta...”.

Finalmente, los PE manifestaron que la interpretación de estos roles les ha conferido una percepción más transparente del proveedor de salud, y que los ha transportado a vivir experiencias cercanas a la realidad clínica. La mayoría de los participantes expresaron que olvidaron que se encontraban participando en una simulación a los pocos minutos de iniciar el encuentro.

Desde la óptica del paciente

Algunos actores manifestaron que se presentaron actitudes negativas por parte del personal de salud, lo cual suscitó en ellos sensaciones de incomodidad y malestar durante la consulta simulada. Entre estas actitudes encontraron frecuentemente apatía (entendida como indolencia) e inmutabilidad durante la atención. Observaron comportamientos que denotan ausencia de solidaridad y de sensibilidad hacía el paciente: “y la doctora dijo: ‘yo pensé que era algo más grave’, y yo no sé por qué me dio tan duro a mí personalmente. ¿Cómo así que no fue tan grave?, creo que éramos dos parejas de lesbianas, y pensé... ¿así nos ven?”.

Esta percepción fue interpretada por los actores como el producto de un entrenamiento del personal de salud que aspira a mantener una distancia emocional, “no dejarse afectar”, llevando a barreras adicionales en la atención,

produciendo distanciamiento, y disminuyendo la confianza de los pacientes en el profesional de la salud.

Otra actitud prevalente fue la falta de empatía, entendida como la ausencia de identificación emocional con el paciente, y un desinterés hacia sus circunstancias personales. En gran parte, los actores lo relacionaron con el hecho de que el personal de salud tiene deficiencias en el autocuidado emocional, expresado por ellos como la “falta de un ancla emocional”. Según la mayoría de los PE, si el personal de salud prestara más de atención, amabilidad y se fijaran más en los detalles que brinda el paciente, la consulta sería más efectiva, una consulta de calidad, así dure unos pocos minutos.

Adicionalmente, algunos PE también nombraron acciones que restringían la atención en salud, por ejemplo, el fenómeno de evitación —entendido como los esfuerzos conscientes o inconscientes para evitar actividades, lugares o personas que traen recuerdos de un trauma—. Esta evitación se manifestó tanto en la adquisición de información esencial —por ejemplo, la omisión en preguntar la identidad de género del paciente—, como en la interrupción deliberada de sus narrativas para evitar el involucramiento emocional. En este contexto, se observó con frecuencia que el personal sanitario adoptaba comportamientos evasivos, lo que entorpecía significativamente el proceso de atención e inducía a la indisposición y el rechazo por parte del paciente: “... en muchos de los casos será por ellos mismos evitarse y tener que escuchar más allá, o el tener que involucrarse más allá o simplemente evitar, evitar, evitar en general...”.

En el lenguaje no verbal también se evidenció evitación, como cuando los profesionales sanitarios evitaban el contacto visual con el paciente; incluso en los roles de la población LGBTI, los actores referían en el *debriefing* que el personal sanitario justificaba estas acciones describiendo a sus pacientes como “agresivos”, lo que permitió a los prestadores de la atención permanecer con actitud distante y evitando al paciente.

Cabe aclarar que algunas actitudes de evitación identificadas por los actores durante el *debriefing* eran actitudes secundarias a experiencias propias de los participantes, tal como se evidenció en el caso de una proveedora de salud que se identificó como lesbiana y durante la consulta tuvo una actitud bastante evasiva en su interacción con la paciente:

Por tantas situaciones como las que este personaje pasó, y ¡que la dejen ahí!, o ¡que no la escuchen!, había ocasiones en las que no sabían qué hacer con ella. Bueno, tenemos que escuchar su relato entonces dejémosla sentada, o tenemos que revisarle sus lesiones corporales entonces acostémosla o volvémosla a sentar, sentar, acostar, se siente como una falta de respeto hacía la integridad de la persona...

También, los PE identificaron comportamientos de irrespeto hacia el paciente, por ejemplo, cuando algunos profesionales utilizaron expresiones y actos que los participantes interpretaron como agresivos y humillantes o se expresaron con frases humillantes, despectivas o que denotaban una actitud arrogante. Estas conductas emanaron en ocasiones de la falta de entrenamiento de los proveedores de atención sanitaria respecto al manejo adecuado del impacto en ellos mismos de casos complejos: “Nadie atiende a los médicos, nadie atiende a las enfermeras y nadie escucha, nadie les ayuda a ustedes también a desahogarse...”.

La salud mental emergió como un elemento planteado por los actores, considerando que durante el *debriefing* se revelaron aspectos más personales y vulnerables de los individuos que los asistieron. Los participantes describieron experiencias o memorias relacionadas con los casos clínicos y expusieron las razones subyacentes que condicionaron su conducta en los escenarios simulados.

En este sentido, se subrayó la necesidad de otorgar una mayor atención psicoemocional a los profesionales de la salud que enfrentan altas cargas emocionales, ya que la falta de estrategias para manejar el impacto psicológico de los casos atendidos explica frecuentemente el porqué de

sus actitudes poco favorables en la consulta. Por lo anterior, recomiendan hacer hincapié en la importancia del apoyo emocional y ayuda psicológica al personal de salud, en especial al personal que vive situaciones críticas como en el área de urgencias, donde los proveedores ven con mayor frecuencia estos casos.

Por otro lado, los PE identificaron en los escenarios y cuando se hacía el *debriefing* que, a pesar de haber completado la capacitación en línea, había una brecha significativa entre el conocimiento teórico y la práctica clínica, es decir, el rol que iban a ejercer y modo de proceder evidenciaron faltas en estrategias de comunicación, abordaje y trato a las diferentes poblaciones. Esta carencia se manifestó en intentos fallidos de no revictimización y en la dificultad para distinguir entre sexo, género y orientación sexual de los pacientes. Adicionalmente, los PE observaron el uso frecuente de expresiones lingüísticas inapropiadas y poco claras, como la pregunta “¿usted ya se transformó?”.

En cuanto a la relación entre el profesional y el paciente, que busca estar fundamentada en la confianza, el respeto y la comunicación efectiva, se busca identificar y abordar sus necesidades de salud, y con base en una adecuada información, facilitar de manera consensuada la toma de decisiones. Los PE documentaron múltiples factores que afectaron dicha relación, por ejemplo, se identificaron obstáculos en la comunicación, tanto al expresarse como al escuchar a los pacientes. Se reconoció el uso de muletillas o frases recurrentes por hábito, cuyo uso puede ser perjudicial en situaciones delicadas, especialmente en el contexto de la consulta:

Me violaron y me destrozaron y me hicieron tal cosa... Y dicen “¡perfecto!”... Me voy a morir mañana, o mi abuela no me quiere recibir en la casa... Y dicen “ah, bueno, ¡muy bien!, ¡cuéntame más!”. O sea, ese tipo de cosas denotan que la persona, aunque este ahí, no está escuchando del todo lo que el paciente está transmitiendo.

Adicionalmente, se detectaron interacciones con ideas preconcebidas, que derivaron en actitudes discriminatorias en función de la orientación sexual del paciente y conceptos que se dieron de manera inconsciente hacia los pacientes, que llevaron a prejuicios y modificaron la relación entre el profesional y el paciente, al mostrar una actitud de indiferencia que los hizo sentir juzgados. Estas acciones generaron frustración y culpa. Había decepción al no recibir la atención esperada, donde existían expectativas de mayor comprensión, principalmente con los casos de violencia sexual. “¡Bueno!, no te preocupes... Ya tienes como advertencia para que la próxima vez no te vuelvas a meter en esas aplicaciones, porque siempre que te vayas a meter a esas aplicaciones te va a pasar eso”.

En concordancia con lo anterior, los PE expresaron la necesidad de un enfoque más holístico y humano durante la consulta. Esta circunstancia se observa cuando los médicos, al centrarse excesivamente en aspectos especializados, obvian la dimensión humana del paciente y lo objetivan, provocando en el paciente una sensación de incomodidad.

Discusión

Conforme a las experiencias vividas por los actores como PE, se identificaron múltiples desafíos asociados con la atención sanitaria a las poblaciones LGBTI y víctimas de violencia sexual. Aunque la asistencia brindada fue adecuada en numerosas instancias, se detectaron conductas adversas por parte del personal sanitario, caracterizadas predominantemente por una carencia de empatía y comportamientos evasivos que dificultaron la instauración de una relación efectiva con los pacientes. Así mismo, se observaron interrupciones al comunicar los eventos sucedidos, falta de atención, falta de escucha. Estas observaciones guardan similitud con el estudio de Jarosinski y Webster (17), donde los PE interpretaron a pacientes con enfermedad mental y quienes identificaron falta de empatía y falta de relevancia de la interacción. Ello les generó sentimientos de decepción; sin embargo,

en el presente estudio los PE, durante los *debriefing*, pudieron percibir que estas actitudes en algunos participantes eran secundarias a experiencias propias que los afectaron.

De parte de los profesionales en salud también se observaron actitudes y comentarios que denotaban prejuicios, discriminación, barreras en la comunicación y desconocimiento, situaciones que llevaron a los PE a sentirse vulnerables e irrespetados, lo cual desembocó en una ruptura total de la relación médico-paciente. Una de las situaciones más recurrentes fue el uso equivocado del nombre del PE que interpretaron personas trans, situación que los hizo sentir incómodos y molestos. Lo anterior concuerda con lo evidenciado en el estudio de Tyerman et al. (19), en que se utilizaron actores pertenecientes a la comunidad LGBTI, quienes manifestaron reacciones emocionales auténticas de ira, al experimentar situaciones manifiestas de discriminación como la previamente mencionada. En este estudio, algunos actores que pertenecen a la comunidad LBGTI expresaron una mayor afectación que, por lo referido, fue asociada con experiencias personales.

Así mismo, se nombró de manera repetitiva el trato deshumanizado por parte del personal de salud, tanto en el proceso de atención a los PE que interpretaron a víctimas de violencia sexual, como para población LGBTI, donde solo se enfocaron en la enfermedad que los aquejaba, sin tener en cuenta aspectos emocionales del paciente, que en el momento de la consulta sentían que era lo más importante. Esto mismo es descrito en el artículo de Tyerman et al. (19), donde describen la incomodidad de los actores al enfrentarse a experiencias angustiosas en la atención médica, pues de manera prevalente se encuentra una discriminación sistemática.

En cuanto al impacto percibido por cada PE, la afectación emocional se mencionó en mayor medida, al experimentar sentimientos de tristeza durante los escenarios de simulación y posterior a estos. Estas emociones se transportaban a otros ámbitos de la vida diaria de los actores, como dificultades para poder dejar de lado el personaje interpretado, causando en ocasiones confusiones en la identificación

propia. Esto mismo se documentó en el estudio de Jarosinki y Webster (17), en el cual los PE comentaban que la dificultad de soltar el personaje está relacionada con experiencias personales que evocan sus propias vidas o exponerse a situaciones emocionales fuertes que generan gran impacto en el artista.

Finalmente, los PE manifestaron cómo al exponerse en repetidas ocasiones a estos escenarios de simulación, pudieron generar un aprendizaje desde diferentes áreas, al desarrollar nuevas técnicas, conceptos, etc. Esto se pudo observar en el transcurso de cada sesión, donde cada caso interpretado fue percibido cada vez más auténtico.

Conclusiones

Durante la sesión realizada con el grupo focal, compuesta por los PE (actores), se identificaron puntos clave en el proceso de atención, actitudes negativas frecuentemente reconocidas en los profesionales de la salud que llevaron a los PE a percibir una atención en salud deshumanizada y presencia de prejuicios que generaron barreras en la atención en salud a estas poblaciones vulnerables. Ello visibiliza la necesidad de incrementar la preparación y la práctica, a través de la simulación, de habilidades y estrategias que permitan una atención más sensible por parte del personal de salud, a fin de que ello les permita tener un aprendizaje significativo, y de ahí derive en un resultado favorable en la atención en salud de este tipo de pacientes; así mismo, es preciso disminuir estos errores identificados por los actores, que en muchas ocasiones se relacionan con problemas del *mostrar cómo* y no del *saber cómo* del personal de salud.

Durante la sesión llevada a cabo con el grupo focal, conformado por PE, se identificaron elementos cruciales en el proceso de atención médica. Las actitudes negativas recurrentes entre los profesionales de la salud fueron el eje central de sus observaciones, las cuales indujeron en los pacientes estandarizados la percepción de una atención sanitaria deshumanizada. Además, se detectaron prejuicios que originaron obstáculos

en el acceso a la atención sanitaria en estas poblaciones vulnerables. Estos hallazgos subrayan la imperante necesidad de intensificar la formación y práctica mediante la simulación clínica, con el objetivo de sensibilizar al personal sanitario y fomentar un aprendizaje significativo que dé resultados favorables en la atención de este tipo de pacientes. Asimismo, es imperativo minimizar los errores identificados, los cuales, en numerosas ocasiones, se asocian más con deficiencias en la ejecución que con la carencia de conocimiento teórico por parte del personal de salud.

Además, para conocimiento de los autores, no hay estudios en simulación con PE enfocados en víctimas de violencia sexual y población LGBTI, y en el resto del mundo la literatura existente en escenarios de simulación se enfoca en el proceso de formación de estudiantes de pregrado y posgrado de diferentes áreas de la salud. Sin embargo, no hay investigaciones dirigidas al actuar de los profesionales sanitarios que se desempeñan en centros de salud expuestos a poblaciones vulnerables, y la necesidad de continuar procesos de formación, por lo que el presente estudio es de utilidad para la implementación de estrategias educativas para el personal de salud en formación de diferentes instituciones de educación y egresados de países de Latinoamérica, particularmente en Colombia.

Por otro lado, los PE expresaron de manera repetitiva el impacto emocional de desarrollar personajes relacionados con víctimas de violencia sexual y población LGBTI. La exposición constante a la discriminación y el señalamiento por parte de la comunidad sanitaria generan rezagos sentimentales que deben ser tratados, por lo que la necesidad de apoyo y acompañamiento psicológico a los actores durante las sesiones de simulación es un aspecto para tener en cuenta y posiblemente implementar en sesiones futuras.

Por último, es preciso reconocer que la atención en salud implica una relación entre personas que se afectan emocionalmente de manera mutua. La atención médica es un intercambio afectivo, del cual el personal de salud poco sabe o se presume no es de su interés conocerlo, por lo que el fortalecimiento en esta

interacción es importante para desarrollar una atención en salud humanizada y de calidad. También es importante nombrar que estos casos de simulación clínica son necesarios para el desarrollo y mejora continua de los actores, ya que sus experiencias y retroalimentación son un componente crucial en su proceso de formación profesional.

Conflictos de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Centro de Educación e Investigación en Salud (CDEIS), de la Secretaría de Salud. Al profesor Jorge Luis Franco-Zuluaga, por su gran ayuda. A Admeri Acosta, quien ayudó en el proceso de organización de las sesiones.

Referencias

1. Kneebone R. Evaluating clinical simulations for learning procedural skills: a theory-based approach. *Acad Med*. 2005 Jun;80(6):549-53. <https://doi.org/10.1097/00001888-200506000-00006>
2. Cantrell MJ, Deloney LA. Integration of standardized patients into simulation. *Anesthesiol Clin*. 2007;25(2):377-83. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2007.03.003>
3. Lewis KL, Bohnert CA, Gammon WL, Hölzer H, Lyman L, Smith C, et al. The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Advances in Simulation*. 2017 Dec;2(1). <https://doi.org/10.1186/s41077-017-0043-4>
4. Hopkins H, Weeks C, Webster T, Elcin M. The association of standardized patient educators (ASPE) gynecological teaching associate (GTA) and male urogenital teaching associate (MUTA) standards of best practice. *Advances in Simulation*. 2021;6(1):23. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00162-4>
5. Lioce L, Lopreiato JO, Anderson M, Chang T, Diaz D, Downing D, et al. *Healthcare simulation dictionary*. Washington: Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
6. Mavis B, Turner J, Lovell K, Wagner D. Faculty, students, and actors as standardized patients: expanding opportunities for performance assessment. *Teach Learn Med*. 2006 Mar;18(2):130-6. https://doi.org/10.1207/s15328015t1802_7
7. Willson MN, McKeirnan KC, Yabusaki A, Buchman CR. Comparing trained student peers versus paid actors as standardized patients for simulated patient prescription counseling. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*. 2021 Dec;4:100081. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2021.100081>
8. Panzarella K, Rivers L, Bright B, Whelan M, Butterfoss K, Russ L, et al. Using actors as simulated patients for interprofessional education. *Med Sci Educ*. 2013;23(supl 3):438-48. <https://doi.org/10.1007/BF03341666>
9. Moore P, Leighton MI, Alvarado C, Bralic C. Pacientes simulados en la formación de los profesionales de salud: el lado humano de la simulación. *Rev Med Chil*. 2016;144(5):617-25. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000500010>
10. Roger Ruiz-Moral FCM. Programa para seleccionar y entrenar pacientes estandarizados en el contexto de un currículo universitario de simulación clínica. *Reva Fund Edu Méd*. 2014 Dec;17(4):199-204. <https://doi.org/10.4321/S2014-98322014000400005>

11. Englund H, Basler J, Meine K. Using simulation to improve students' proficiency in taking the sexual history of patients identifying as LGBTQ: a pilot Study. *Clin Simul Nurs*. 2019;37:1-4.
12. Jiménez-Rodríguez D, García MTB, García AS, Del Pino FJP, Ponce-Valencia A, Arrogante O. Nurse training in gender-based violence using simulated nursing video consultations during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228654>
13. Scannell M, Lewis-O'Connor A, Barash A. Sexual assault simulation course for healthcare providers: enhancing sexual assault education using simulation. *J Forensic Nurs*. 2015 Dec 1;11(4):190-9. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000089>
14. Nathan S, Ferrara M. An innovative trauma-informed curriculum for sexual assault care. *J Nurs Educ*. 2020 Jun 17;59(6):336-40. <https://doi.org/10.3928/01484834-20200520-07>
15. Noonan EJ, Weingartner LA, Combs RM, Bohnert C, Shaw MA, Sawning S. Perspectives of transgender and genderqueer standardized patients. *Teach Learn Med*. 2021;33(2):116-28. <https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1811096>
16. Bartlett RS, Bruecker S, Eccleston B. High-fidelity simulation improves long-term knowledge of clinical swallow evaluation. *Am J Speech Lang Pathol*. 2021 Mar 11;30(2):673-86. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00240
17. Jarosinski JM, Webster DA. Acting with a purpose: the lived experience of actors in the role of standardized patients portraying mental illness. *Clin Simul Nurs*. 2016 Dec 1;12(12):539-45. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.08.005>
18. Janzen KJ, Jeske S, MacLean H, Harvey G, Nickle P, Norena L, et al. Handling strong emotions before, during, and after simulated clinical experiences. *Clin Simul Nurs*. 2016;12:37-43.
19. Tyerman J, Ziegler E, Carroll B, Luctkar-Flude M. LGBTQI2S virtual simulation: lessons learned using actors with lived experience. *Clin Simul Nurs*. 2021 May 1;54:40-4. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.01.016>
20. Bokken L, Van Dalen J, Rethans JJ. The impact of simulation on people who act as simulated patients: a focus group study. *Med Educ*. 2006 Aug 1;40(8):781-6.
21. Spencer J, Dales J. Meeting the needs of simulated patients and caring for the person behind them? *Med Educ*. 2006 Jan 1;40(1):3-5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02375.x>
22. Woolf NH, Silver C. Qualitative analysis using NVivo: the five-level QDA method. New York: Routledge; 2017.
23. Saldaña J. The coding manual for qualitative researchers. 2.^a ed. London: Sage; 2013.