

Tristán Castro-Pozo

Teatro y comunidad terapéutica

Universidad de Lima

Fondo de Desarrollo Editorial

1998



Colección Investigaciones
Primera edición: 1998

© Tristán Castro-Pozo
© De esta edición
Fondo de Desarrollo Editorial
Universidad de Lima
Av. Javier Prado Este s/n, Lima 33
Casilla postal 852, Lima 100, Perú
Teléfono 437-6767
Fax 437-8066
E-mail fondo_ed@ulima.edu.pe
Internet <http://www.ulima.edu.pe>

Diseño y edición Fondo de Desarrollo Editorial

Impreso en el Perú

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio sin permiso expreso del Fondo de Desarrollo Editorial.

ISBN: 9972-45-049-X

Índice

Introducción	9
Capítulo I	
Las instituciones de salud mental	13
1. El mapa cognitivo: superestructura perceptiva	15
1.1. La identidad del paciente: relación del tú-yo	16
1.2. El sistema de privilegios y sanciones	17
2. Alternativa a la institución: mensajes y curaciones	20
2.1. El mensaje: el doble vínculo	22
2.2. El retorno al caos	25
Capítulo II	
La situación teatral y la vida social	29
1. El teatro y la enfermedad	31
1.1. Teatro o teatro-terapia	34
2. La interacción del hecho teatral	36
2.1. El actor	37
2.2. El público	39
2.3. La relación público-actor	40
2.4. El texto y la transgresión	41
Capítulo III	
El caso de la comunidad terapéutica del pabellón Nº 20	45
1. La relación: personal-paciente	47
2. La reunión de teatro	48

3. Principios corporales	52
3.1. El desplazamiento	53
3.2. La sorpresa	54
3.3. La imitación	55
3.4. La vivencia gimnástica	55
3.5. Los recursos espontáneos	56

Capítulo IV

La ceremonia institucional: el colectivo (de) sentido	61
1. La ceremonia y los números	62
1.1. La actuación: el modelo del error	64
1.2. El público comunitario	68
1.3. Relación actor-público: escena estratégica	69
1.4. La temática desarrollada	70
2. Discusión: reacción posterior a la actuación	71

Capítulo V

Análisis de la comunicación teatral	75
1. De la institución al colectivo (de) sentido	75
2. El público comunitario y la actuación del colectivo	79
3. La comunidad terapéutica y el texto colectivo	81

Conclusiones	85
Bibliografía	87

Anexos

1. Texto de las representaciones	91
2. Las historias de vida	98
3. Material gráfico	112

Introducción

La presente investigación se origina en una experiencia personal desarrollada en la comunidad terapéutica del pabellón Nº 20 del hospital "Víctor Larco Herrera". Dicha experiencia con los pacientes se realizó desde octubre de 1992 hasta setiembre de 1994. El trabajo se interrumpió por un intervalo de aproximadamente nueve meses. El tiempo regular de asistencia a la actividad fue de dos veces por semana, dos horas cada vez.

El tema central del estudio es la reunión y actuación teatral del colectivo de pacientes y la comunicación teatral en la ceremonia institucional de la comunidad terapéutica del pabellón Nº 20.

La investigación recurre tanto a fuentes sociales, como al sistema de normas y sanciones de la institución de salud mental y la preparación del paciente para la vida institucional. También se basa en la pragmática de la comunicación (la interacción estratégica y las paradojas de la conducta comunicativa), así como en las técnicas teatrales de integración y de transgresión de la representación teatral. Del mismo modo lo hace en la interacción del hecho teatral, que procura ver los componentes del entorno, el público y el actor.

El objetivo del presente estudio es mostrar el punto de vista del paciente en el procedimiento de agrupamiento y los recursos expresivos que desarrolló el colectivo; asimismo, analizar la comunicación teatral que se produce en presencia del público comunitario.

Se cotejará si dicho espacio de comunicación teatral se caracteriza por ser una reunión alternativa a la estructura institucional, donde la

reunión de teatro se presenta, principalmente, en oposición a la terapia prescrita, pues constituye una experiencia límite para los pacientes.

Para tales fines se utiliza métodos cualitativos, principalmente las notas de campo transcritas a partir de la observación participante y el registro de la discusión grupal. También se recurre a diferentes materiales, como los textos de las representaciones y las historias de vida de los pacientes, elaboradas por el personal de la institución.

El primer capítulo de la tesis muestra la fuente teórica, la cual revisa los procedimientos de preparación del paciente a la vida institucional, operada por el personal a cargo de los pacientes. Aquí, el sistema de castigos y sanciones juega un rol importante, que constituye un trabajo sobre la identidad del sujeto.

Más adelante se presenta una interpretación de la esquizofrenia —a partir de la teoría de la comunicación— donde el doble mensaje explica un aprendizaje de conductas esquizofrénicas. A la vez, se explica el rol histórico del gesto y la recitación en los rituales de curación de ciertas culturas, donde los rituales del cuerpo y el retorno al caos son una alternativa del hombre frente a la enfermedad.

El segundo capítulo revisa la situación teatral, que se caracteriza por ser un espacio contiguo a la vida pública, porque se configura como un espacio social de imitación de la vida, de los dobles de la vida o de la teatralidad. También se presentan antecedentes que relacionan al teatro con la enfermedad.

En el tercer capítulo se describe el modo de funcionamiento de la comunidad terapéutica del pabellón N° 20: la organización de la reunión de teatro. Se explica cómo el grupo de pacientes explora el significado de sus acciones y el compromiso que asumen con asistir regularmente a la reunión de trabajo.

El cuarto capítulo está dedicado a la ceremonia institucional, en la cual se distribuye y demarca claramente el espacio de cada uno de los miembros de la comunidad terapéutica. En dicho encuentro se registra la producción del colectivo (de) sentido y de los pequeños números representados, que plasman una visión del internado. Asimismo, se recoge la recepción del grupo, que discute su aproximación a la actividad.

En el quinto capítulo se analizan las variables de la comunicación teatral en la comunidad terapéutica del pabellón N° 20, tales como la actuación del colectivo de pacientes, la interacción del público comunitario y los textos y rasgos presentes en la puesta en escena del colectivo de pacientes.

La investigación realizada recae en el estudio de la comunicación social, pero desde el ámbito de un fenómeno de representación y ex-

presión grupal, llevado a cabo en un espacio social afectado por formas de estigmatización. Asimismo, se exploran los mitos sobre la incomunicación de los pacientes internados en la institución de salud mental.

CAPÍTULO I

Las instituciones de salud mental

La institución de salud mental cumple la función de controlar y sancionar a los individuos desadaptados que constituyen una virtual fuente de desequilibrio para el cuerpo social; garantiza el orden social y sirve como lugar de custodia o correccional. Este tipo de institución está gobernada —en mayor o menor medida— por determinados rasgos, los que a continuación detallaremos.

La institución actúa de acuerdo con el principio de economía, es decir, la autoridad gasta lo menos posible en atender el problema de estos individuos, otorgándoles como único derecho el de ser objeto pasivo de un número limitado de atenciones; pero puede deshacerse de los pacientes que no mejoran enviándolos a su casa. Atiende también la presión que ejercen los familiares que desean librarse de los enfermos mentales, empleando el recurso de la segregación o traslado del problema.

Refleja dos tendencias: una es el concepto de exclusión y aislamiento social, y la otra el pronóstico pesimista sobre el diagnóstico de los individuos, otorgado a los casos más dramáticos y molestos. Por otra parte, la institución tiene el compromiso de rendir “culto a la curabilidad” y brindar servicios para el cuidado de los internos, proyectando una imagen de caución y garantía de científicidad.

La institución de salud mental cumple una tarea especial en la medida en que su patrón distintivo es dedicarse a controlar y rastrear en el cuerpo social toda señal de anomalía. De esta manera, las cárceles y correccionales pueden ser equiparados con los hospitales centrales o instituciones de salud mental. Del mismo modo puede compararse el trabajo que efectúa la policía con el del cuerpo médico, tomando en consideración el hecho de que ambas instituciones cumplen con la función de “higiene pública”, es decir, vigilar los actos de desadaptación social, y están orientadas a la prevención y restricción del desorden fuera de su jurisdicción.

La similitud entre las mencionadas instituciones se manifiesta, en muchos casos, cuando la policía se encarga de extraer de la colectividad a personas que causan desórdenes, lo cual implica desplazar de su foco de disturbio al infractor para, posteriormente, conducirlo a una celda de reclusión, en espera de que su caso sea evaluado en concordancia con los trastornos causados, y determinar luego si corresponde al terreno judicial o al terreno médico.

Asimismo, la institución de salud mental se conduce según otro principio de restricción de la violencia, otorgando protección contra los individuos que por presentar inadecuaciones reciben el trato de infractores de parte de dicha institución. De acuerdo con este principio, todo acto de ruptura individual que conlleve el uso de la violencia, la institución lo devuelve con otro acto de defensa contra la violencia, que según el caso podría equivaler al grado de violencia recibida. Esto responde a que la sociedad busca recursos de protección contra el delincuente y el demente por considerarlos individuos desadaptados que rompen el juego social.

De igual modo, realiza un tipo especial de trabajo sobre los individuos, que implica el procedimiento de rastrear, catalogar, pronosticar, reprogramar, y dar de alta a los sujetos atendidos.

Otro rasgo significativo es la preparación o procesamiento de las personas que ingresan a la institución de salud. Para este objetivo, concentra a todos los pacientes en un espacio único separado del mundo exterior por un cerco de ladrillos o por un muro difícil de escalar. El procesamiento supone regir los mínimos detalles de conducta, replanteando la identidad de los ingresantes. Por ello, el organismo de salud mental, siguiendo la terminología de Erving Goffman¹, se califica como Institución Total con respecto a la división y uso existentes en él.

El referido autor hace notar que en la Institución Total existe un régimen binario en donde intervienen relaciones simultáneas y contrapuestas entre el personal y los pacientes, los mismos que están separados en sus funciones. Hay un gran grupo de internos que mantiene escasos contactos con el mundo exterior, en tanto que un pequeño grupo de personal supervisa las actividades de éstos.

En la institución de salud mental se replantea y reconstruye la identidad del interno mediante un procedimiento de admisión que introduce a los individuos al efecto de un agrupamiento forzado en la estancia hospitalaria, mediante la existencia de códigos de sanciones o ajustes preestablecidos.

1 GOFFMAN, Erving. En la década del cincuenta realiza un trabajo de campo en el Hospital St. Elizabeth de Washington, investigando la situación social de los enfermos mentales.

1. El mapa cognitivo: superestructura perceptiva

Cuando una persona interactúa no en función de la situación que vive, sino que a partir de sus condiciones previas –prejuicios o dogmas– proyecta en las interrelaciones personales una superestructura, en la que se proyectan las relaciones personales, construye una “situación sobre la situación”. El mapa cognitivo es resultado de la proyección de una estructura sobre otra existente. Esto origina entre los interactuantes una relación contradictoria, porque la respuesta no es resultado de lo que se está viviendo, sino que la actuación de la persona atañe a los datos que se insertan desde afuera².

De igual modo, cuando el personal de la institución de salud mental establece una interacción cara a cara con un paciente, no percibe que el comportamiento de éste es también una consecuencia del contacto que él mismo mantiene con el paciente. Por tanto, de entrada, el personal ocupa en la interacción la posición de quien posee el mapa cognitivo, y no sólo se dirige a la persona, sino a una estructura denominada paciente.

El mapa cognitivo es una parte de la presencia de la estrategia de interacción, que condiciona el discurso entre dos posiciones: un interlocutor descalifica la validez del otro, en tanto pieza matriz del discurso que entre ambos se está produciendo, y presta interés a su interpretación de la presencia de un cuadro de síntomas del sujeto interactuante.

La descalificación de un sujeto por el otro supone tres campos cognitivos:

- No considerar de igual a igual los aparatos motores sensoriales, como equivalentes a los propios.
- Suponer que el interlocutor es incapaz de apelar a las mismas convenciones comunicativas.
- La existencia de incompatibilidad de intereses en la interacción, lo cual se explica en la institución por la escisión organizacional binaria de manipulados y manipuladores³.

La posición del personal ante los pacientes asume, en determinadas circunstancias comunicativas, tratar con no-personas, sino enfrentar un mapa. En esta situación el personal se enfrenta a personas carentes de intereses propios, y más bien considera a las personas sujetas a internado o que deben responder por sus actos ante la institución.

El mapa cognitivo constituye un acto fundamental de la institución de salud mental y una de las manifestaciones de la validez del diagnóstico psiquiá-

2 JAMESON, Frederic. *La posmodernidad*, p. 114.

3 GÓMEZ, Yolanda y Esteban COTO. *Psicopatología y desemiologización del discurso*, publicado por Asociación Española de Semiología. *Lo cotidiano y lo teatral*, p. 218.

trico. El mapa se usa para conocer el diagnóstico; sirve como un seguimiento de anomalías de conducta. Dicha relación, planteada en la ubicación del personal frente al paciente, coteja una forma de comunicación como un proceso vertical o asimétrico, resultante de una construcción del poder, donde el diagnóstico es su emblema.

1.1 *La identidad del paciente: relación del tú-yo*

El personal predetermina la conducta del paciente. Aquél entiende la acción de éste como conducida por rastros de una enfermedad, en tal caso impone sus categorías particulares a los pensamientos del paciente.

De esta manera la interacción del *Tú* del personal al *Yo* del paciente queda invalidada cuando⁴:

- En función de la historia de vida, historia clínica y registros socio-económicos del paciente, se observa la forma de expresión del sujeto internado.
- De acuerdo con sus puntos de vista, el personal explica alguna anomalía en la vocalización y la verbalización del sujeto internado.

Tales datos son maneras de contemplar y oír pero no de comprender, pues comprender y oír a una persona es totalmente diferente a contemplar y oír, que es lo que hace la institución de salud mental cuando hay señales de desorden mental, y por consiguiente se mira, se oye, pero no se comprende⁵. Por tanto, el mapa coloca a los pacientes frente a un próximo internamiento.

En el espacio microsocioal del hospital, los actos y la experiencia de un sujeto internado son invalidados por el personal, por determinadas razones que apelan a la norma microcultural, como: la desviación al núcleo familiar, el ser un autoexcluido de la comunidad, el mal manejo de las convenciones lingüísticas que generan mortificaciones y rechazos, la no admisión de reglas esenciales de urbanidad y en algún caso son los sueños prohibidos puestos al descubierto.

El procedimiento médico institucional de la aplicación de un mapa, seguido de una clasificación, constituye un móvil para considerar a un individuo mentalmente enfermo, y a continuación se le ratifica para que asuma el diagnóstico en torno a la identidad del paciente.

Así, de la transacción entre el personal y el paciente se infiere que la identidad del interno tiende hacia un comportamiento que intenta hacer frente al comportamiento del personal, y al discurso construido en torno a la clasificación en un mapa.

4 LAING, Ronald. *El yo dividido*, p. 29.

5 LAING, Ronald. *Ibíd.*

La comunicación entre el agente médico (Tú) y el paciente (Yo) entabla un esquema estratégico de transacciones por el cual se infiere que la identidad del paciente es resultado de la sobreimpresión de (mapa) la institución. El médico accede a los síntomas de esa persona para, en un momento posterior, persuadir al paciente sobre su acceso a otra identidad (la del paciente sujeto a medicación y a las preparaciones de rigor institucional). Así, el diagnóstico es resultado de la visión de 'mapeados' institucionales, que ejerce un poder de acuñarse sobre la identidad de los internados.

Afirmar que el mapa es una generación propia de una visión institucionalizada del mundo de los hospitales, clínicas y comunidades terapéuticas, pone el acento sobre una ideología implícita que se desarrolla en un mundo normalizante, tutelarizante.

En la institución de salud mental existe conciencia de una partición binaria que hace notar cuál es la posición de los sujetos en ella. Así, el sujeto que accede o se involucra en relaciones de fuerza o al que toman a su cargo, es el paciente; mientras que quienes intervienen dirigiendo el destino final de otros sujetos son el personal.

Es importante definir estos roles, porque la posición de cada quien genera efectos, y también la demanda se modifica según se ocupe el lugar de quien consulta o de quien asiste al servicio. De tal suerte que cuando la posición del terapeuta se ocupa del discurso que el paciente pronuncia, es necesario remarcar que el lugar es indefectiblemente el del asistido al terapeuta y no se es más un transeúnte, sino de entrada actores.

1.2 El sistema de privilegios y sanciones

El personal tiene a su cargo conducir al individuo recientemente internado a un sistema de normas en el que su identidad, al igual que parte de su pasado, es replanteada. Asimismo, debe condicionar su potencial expresivo y colocar su opción comunicativa a disposición de la institución. La práctica que rige el sistema de admisión tiene por objeto que una persona determinada efectúe una adecuación a la organización final, aun a costa de recibir una serie de mortificaciones de su 'Sí mismo'⁶.

La sucesiva interacción entre el personal y la persona internada establece un sistema de normas institucionales de admisión, que evidencian una estrategia de interacción, donde el acceso a la comunicación está dirigido mediante

6 El 'Sí mismo' o 'Yo social' es la concepción que la persona construye sobre la base de las interrelaciones con las otras personas.

una secuencia gradual de mortificaciones⁷:

- La persona observa que, según se sienta involucrado en la institución, el personal tiene la posibilidad de poder asumir mayor control sobre sus movimientos y sobre su persona. Conforme decida expresarse será tabulado de este modo: “todo lo que diga podrá ser usado en su contra”.
- La persona sabe que durante su tratamiento debe revelar sus profundos pensamientos al médico y al personal. Por ello, el personal lo pondrá al corriente de su deber de procurar hablar con la verdad para sanar. Guardarse los pensamientos está mal visto. El sistema lo convencerá: “para sanar lo mejor es contarle todo”.
- Si la persona realiza un intento de defensa, o muestra duda con respecto al tratamiento, el personal reintervendrá de modo estratégico, haciendo que la situación del paciente se complique, pues no se le atenderá cuando él pida información sobre su diagnóstico y se le responderá con evasivas, incluso se intentará que no “estorbe”.
La relación que entabla el conjunto de pacientes internados con el grupo de personal (enfermeros, guardianes y técnicos) es por lo general distante e impersonal, demostrando que el trato en una institución mental se da de la siguiente manera: “aunque cierta comunicación es necesaria entre los internados y el personal paramédico, una de las funciones de la guardia es controlar la comunicación efectiva de los internos con los niveles superiores”⁸.
- Cuando la persona internada intente evadir el tratamiento, su desconfianza en éste podría ser tomada como un síntoma de enfermedad mental: “él está tan mal, que no colabora con su tratamiento”.

La institución responde a una estructura binaria de acciones, la que considera a los pacientes, más que sujetos de internamiento, sujetos en recomposición, circulando como un grupo de personas que tan pronto ingresan como egresan al establecimiento de salud mental.

El personal no considera a los internados, de ningún modo, como iguales a ellos, y ni siquiera como sujetos de su institución. Eso explica por qué la relación entre ambos es asimétrica. Esto se comprueba por los mensajes de los pacientes, quienes no modifican las órdenes dictadas por el personal. Por su parte, éste tiene mayores recursos de dirección, tanto así que tiene como tarea dirigir el destino de los pacientes. Además, el personal dispone de las prerro-

7 LAING, Ronald y Morton SCHATZMAN. *Esquizofrenia y presión social*, p. 60.

8 GOFFMAN, Erving. *Internados*, p. 22.

gativas de poder llamar la atención a cualquier paciente, ya que para esto cuenta con la misión de disciplinar a los internados.

El paciente tiene la obligación de realizar actividades ordenadas, aun en caso de que éstas no conciten su interés; en su defecto es objeto de una mortificación explícita de ser conducido a habitaciones oscuras, destinadas a los enfermos "iniciales".

El interrogante de "¿tratar o maltratar a los locos?", cita como ejes de una misma política de repartición binaria instituida entre manipuladores y manipulados. Existen evidencias que prueban que el "maltrato" fue entendido en la historia de la alienación como subordinado a "tratar" al paciente. El castigo físico es un tema de constante revisión, el cual oscila entre el compromiso de la organización formal y los patrones de la organización informal⁹.

Los pacientes que constituyen casos difíciles, por lo general, no desean ser internados, o cuando ingresan lo hacen contra su voluntad. Un caso estimado como persona de potencial peligro por proceder de manera desviada consigo mismo y con quienes lo rodean, se soluciona al hacer que la actividad vital del sujeto sea reprimida y su conducta controlada.

Por ello, numerosos internados permanecen en la institución en contra de su voluntad. Estos individuos con problemas de conducta reciben la vigilancia del personal en forma constante y, para ellos, la convivencia en masa marca un estigma en la identidad, puesto que la institución tiende a despersonalizar las relaciones humanas.

Un resultado de la disciplina aplicada en la demarcación del tiempo es el cumplimiento estricto de horarios, erigidos como una parte de la norma de la casa. En tanto el paciente cumple estas pruebas, tras el ajuste primario, su conducta es vista en franca mejoría.

Estas son normas o ajustes primarios a los que se sujeta el internado al ser expuesto a apodos, a comer todos los alimentos con cuchara, a acostarse y levantarse todos los días a una misma hora, a la obligación de realizar tareas al unísono junto a una masa de pacientes.

La línea de interacción emanada por el personal, en el período inicial de estadía, tiende al sometimiento del individuo. Entonces el personal tiene la prerrogativa de someter a reglamento y enjuiciar un segmento minúsculo de la línea de acción de la persona internada, la cual se adecúa a la institución con la mortificación de su 'Sí mismo' derivada de la presencia física del otro: el personal.

Si bien el ajuste primario comprende el sistema de normas, el ajuste secundario abarca los beneficios del internamiento, guarda relación con la

9 DE FREMINVILLE, Bernard y Robert CASTEL. "La psychiatrique". *Ornicar*, p. 67.

vida subterránea de la institución. Pedir cigarrillos, pedir monedas en la puerta de ingreso, confeccionar objetos con los desechos son formas de adaptarse al centro de salud mental.

Los ajustes secundarios corresponden a beneficios propios del mundo del encierro. Al parecer, la institución ofrece una cantidad considerable de beneficios secundarios.

Así como el sistema degrada a los seres, al mismo tiempo les proporciona pequeñas retribuciones acordes con su escala social baja, que permite a los individuos combatir, desde su interior, contra las “crisis de aburrimiento”¹⁰.

El personal de la institución de salud mental, con la aplicación de un conjunto de reglamentos, sanciones y ajustes, consigue bloquear el ‘Sí mismo’ de la persona internada; la misma que, en defensa de su identidad, efectúa un segundo ajuste para reordenar el sistema, como adular para adquirir influencias, cometer pequeños hurtos, pedir dinero para cigarrillos, etc.

Como resultado de tener al personal a cargo del paciente se crea distintas relaciones entre los internados y su ambiente institucional; opciones que se reafirman en diversos estereotipos de internados, como los aduladores y los abusadores, los intransigentes y los locos de oficio: una gama de posibles modos de enfrentarse del paciente internado con su medio ambiente.

El ajuste secundario retribuye al hospital un conjunto de normas particulares de los pacientes (contraórdenes), que permiten a los sujetos la coexistencia en medio de un ordenamiento que marca al sujeto.

Finalmente, el paciente que egresa lleva consigo un estigma, añadido a su condición anterior, determinado por el hecho de ser egresado de un centro de salud mental o de un manicomio, y estar sujeto a consultas periódicas, las que determinarán sus actos de movilización, teniendo que ser cada cierto tiempo objeto de reporte, para recordar el llevar las huellas sociales de haber sufrido de una severa crisis.

2. Alternativa a la institución: mensajes y curaciones

Para la estructura macrosocial un “loco” representa una disfunción respecto de la integración del cuerpo social¹¹. Así, el “loco” ocupa una escala menor en relación con el resto de la estructura social. Es tan importante ver el disfuncionamiento del “loco” como lo arbitrario de la convención social que

10 GOFFMAN, Erving. Op. cit., p. 199.

11 Para fines de esta investigación resulta irremplazable el término, por constituir un uso y presencia del habla cotidiana, como dan cuenta sus múltiples ramificaciones de sentido: locazo, loquito, locateli.

designa a un individuo como loco o no loco. Y de otro lado, la forma violenta en que se ejerce la represión sistemática del individuo loco.

Así es posible considerar la locura como el estado de una crisis personal y no como una enfermedad, como la salida de una persona que en un momento determinado decide romper con una realidad que sujeta de modo estereotipado y cerrada.

La locura es una vía de escape sancionada en la microcultura como un valor negativo, cuando podría ser la presencia del cambio de una persona a crecer, o puede ser visto como una opción de vida a través de la búsqueda personal con un potencial oculto tras los modos expresivos del loco, un ser humano con posibilidades de manifestarse en un ritmo y lenguaje distintos. Por el contrario, entender la locura como una enfermedad es ver la existencia de formas de cura institucionalizada, y constituye, asimismo, ver tan sólo una parte.

En la estructura microsocial se ejerce públicamente la sanción contra el loco, quien, a costa de sus nexos o su experiencia dislocada, es temido y repelido, por la perturbación que ejerce su sola presencia y ante los desbarajustes y licencias que pudiera permitirse: "la lujuria incontrolable alcanzó a un individuo que adoraba tanto su auto que se masturbaba con él"¹².

Cuando el loco incursiona en un escenario social, el conjunto de personas con pautas de conducta convencional o "normal", reclama que la manera de desaparecer la perturbación es con el internamiento del sujeto en una institución de salud mental.

La marginación y el encierro constituyen para David Cooper una señal de que, en la mayoría de los casos, no soluciona el problema real, sino que lo oculta, lo traslada, como formas de una solución violenta por parte de la sociedad contra el individuo¹³.

Una alternativa de organización frente a la macro política que toma a su cargo la enfermedad mental, plantea la articulación de una red de "microgrupos introspectivos"¹⁴. Este modelo supone, por ejemplo, comunas, villas o casas cerradas al mundo, en las que no existe un tratamiento en ningún sentido tradicional.

- La comuna (la vida en común) busca humanizar las relaciones de trato entre las personas, lleva al límite de la expresión, las interacciones de la gente que comparte la "situación límite", se postula que

12 MERMELSTEIN, Daniel. "El mundo está loco". *Cambio* 16. Abril 1994, p. 11.

13 David Cooper y Ronald Laing iniciaron a fines de la década del cincuenta el movimiento de la antipsiquiatría, cuestionando los métodos tradicionales. La antipsiquiatría propone soluciones radicales tipo la no psiquiatría, el antihospital, el no diagnóstico y la no medicación.

14 LAING, Ronald y Morton SCHATZMAN. Op. cit., p. 15.

“el contacto con la locura es una especie de liberación”¹⁵, una expresión de lo que pasa en la sociedad que ésta bloquea.

- El tratamiento en la comuna realiza una transformación total del ambiente, para permitir que al actuar en conjunto se entablen espacios reales para amar, crear, sanar con el ambiente. En la comuna, los miembros de un área común realizan su trabajo y experiencias alrededor de las cuales se pueden extender periféricamente situaciones residenciales¹⁶.

2.1 El mensaje: el doble vínculo

Desde el enfoque microsocia, el hecho de que un individuo “común” restrinja su posibilidad para intercambiar un diálogo con una persona dislocada, motiva la descalificación del llamado “orate”, seguida de una minimización o reproche de sus particulares recursos expresivos. La opinión generalizada considera la perturbación esquizofrénica¹⁷ como el síntoma de alguien discapacitado que tiene debilitada la función del Yo, el “Yo débil”, porque para el esquizofrénico “hablar es un embrollo”, ya que no logra discriminar la función de las palabras, mantiene un problema en el manejo del contenido de éstas, sin poder determinar cuáles son las específicas en ese contexto.

La supuesta “debilidad en la función del Yo”¹⁸ es justamente el proceso de discriminar modos comunicacionales, sea dentro de la persona o entre la persona y otros. El esquizofrénico manifiesta debilidad en ciertas áreas. Por ejemplo, tiene dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que recibe de otras personas, del mismo modo como a los mensajes que él mismo profiere o emite de manera no usual y a sus propios pensamientos, sensaciones y percepciones.

El doble vínculo establece una teoría comunicativa sobre la naturaleza y origen de la esquizofrenia, donde se interpreta el contexto en que aparecen los síntomas: es un aprendizaje provocado. El doble vínculo busca una se-

15 DI TELLA, Kamala. “Sobre Ronald Laing”. *Cultura* Nº 6, p. 83.

16 Los miembros que participaban en la experiencia de convivir en comuna eran músicos y grupos de teatro experimental, fotógrafos de vanguardia (citado por R. Laing y M. Schatzman, op. cit., p. 64).

17 La esquizofrenia es un trastorno caracterizado por pérdidas fundamentales de la percepción de la realidad, la formación de conceptos, los afectos y la conducta de la persona en general.

18 BATESON, G.; Don D. JACKSON, Jay HALEY y John H. WEAKLAND. “Hacia una teoría de la esquizofrenia”. *Pasos hacia una ecología de la mente*, p. 231.

cuencia de hechos de la experiencia interpersonal, que provocaría (en lugar de buscar los efectos) una conducta tal de ser, diagnosticada de esquizofrénica. Así, se parte de la idea de que el esquizofrénico vive en un universo donde las secuencias de hechos son de tal índole que sus hábitos comunicacionales no “convencionales” resultan en cierto sentido adecuados.

Los rasgos que determinan la aparición del doble vínculo en el contexto comunicativo son:

- Participación de la persona en una relación intensa, vital, que transcurre en un contexto de nexos interpersonales: la familia, la escuela.
- La estructura del mensaje de doble vínculo consiste en: primero se afirma algo, luego se añade una segunda afirmación a la primera. Así, por ejemplo, si es una orden “es necesario desobedecerla para obedecerla”¹⁹; para obedecer el mandato de afuera hay que desobedecer cuestiones personales. Al mismo tiempo, el sujeto impide que se evada del marco descrito: “el receptor no puede reaccionar al mensaje pero tampoco puede reaccionar a él en forma apropiada”.
- El doble vínculo no causa esquizofrenia, pero cuando es duradero constituye la expectativa habitual, donde los hábitos de la persona deben adecuarse al tipo de mensaje, y la persona da a la interacción como acertada, porque desde el pasado establece dicho modo de acceder a los intercambios.

El doble vínculo se perpetúa en la presencia de una relación continua, donde participa más de una persona; la relación conlleva un aberrante uso de los tipos lógicos: “Si la virgen María era virgen, y yo soy virgen, yo soy la virgen María”.

El doble vínculo crea una conducta de doble vínculo (perpetúa un patrón de comunicación, donde la supervivencia del Yo sujeto está determinado por la violación de la leyes. Por ejemplo, el mensaje se fractura en la imposibilidad de ser: sexy y pura, al mismo tiempo.

La teoría del doble vínculo o del doble mensaje designa la experiencia en la determinación de los síntomas comunicativos de los esquizofrénicos, quienes aprenden a articular mensajes mediante el temor y la repetición del castigo: el sujeto fija actitudes paradójicas.

La presencia de dos enunciados que se excluyen se resuelve en la probabilidad de que la persona en situación de doble vínculo, se sienta culpable por tener percepciones correctas y a la vez sea definida como “loco”, incluso por presentar discrepancias entre lo que ve y aquello que debería ver.

19 WATZLAVICK, P.; B. HELMICK., J. JACKSON y D. DON. *Teoría de la comunicación humana*, p. 195.

También en situaciones de representación escénica se registra el fenómeno del doble vínculo. Por ejemplo, cuando con frecuencia se observa que bailarines, acróbatas o equilibristas muestran en el transcurso de actos arriesgados y enojosos una sonrisa particularmente artificial; tal sonrisa está dirigida al público y destinada a acentuar el efecto de su exhibición, dejando una impresión de que no les cuesta esfuerzo alguno. Esto se debe al hecho de que la sonrisa es máscara (que oculta el malestar físico frente al público). El doble mensaje o doble trampa delata lo artificial, entonces, se debe al hecho de que sólo la boca sonríe, sin que la sonrisa produzca una resonancia en las demás partes del cuerpo o de la cara. Para el bailarín o el actor el premio es el aplauso que no deja ver el efecto de dolor causado.

El doble vínculo no es un fenómeno unidireccional sino que establece un retorno, un espiral. El doble vínculo no solamente se deposita en el sujeto, sino que posteriormente establece sus efectos pragmáticos o comunicacionales que provocan reacciones, de consecuencia duradera o inmediata en el sujeto. Así se tiene que:

- El sujeto considera que se están ignorando detalles importantes, porque para los demás todo es muy claro. Entonces se ve disminuido en sus percepciones. A través de sus percepciones el Sí mismo le acarrea la represión de otras personas. Desconfía de sus sentidos cuando otros le reclaman que observe con certeza qué debe ver, entonces la persona siente dislocada la idea de su cuerpo.
- El doble vínculo conduce a no pensar, sino a acatar, a aceptarlo todo. Existe una culpa por no tener sentimientos verdaderos, sino falacias.
- El doble vínculo produce el efecto pragmático de que la persona intenta aislarse, crea una defensa perceptual y una necesidad de escapar de la situación²⁰.

La supuesta debilidad en la personalidad del esquizofrénico, también puede ser interpretada como una integridad. En realidad, se trata de la respuesta de un ser integrado, considerado normal o anormal por factores microculturales. En esta sociedad se le tildaría como una persona de conductas aberrantes, sin respetar sus antecedentes sociales, mientras que en otras tradiciones culturales respondería a los criterios de una conducta sana o normal.

20 WATZLAVICK, P.; B. HELMICK, J. JACKSON, D. DON. Op. cit., pp. 200-201.

2.2 El retorno al caos

“El hombre arcaico y primitivo para curarse va más allá de la experiencia de su pasado personal, más allá de la experiencia de sus antepasados”²¹. El retorno al caos primitivo es la manifestación de una secuencia de acontecimientos personales cuyo conjunto restaura un tiempo anterior. Así, se logra reenganchar a los miembros discordantes de la tribu y servir de nexo con un mundo sagrado. La sociedad primitiva ha utilizado con fe este método de psicoterapia: el caos psíquico es indicio de que una nueva persona va a nacer.

Por ello guarda relación con una estructura mágica: el recitar y repetir la fórmula regeneradora y la evocación de las aspiraciones personales, al mismo tiempo que la necesidad del hombre primitivo de librarse del recuerdo del pecado, es decir la recitación en el retorno al caos, persigue la regeneración del ser humano mediante la oración secreta, y hace posible que el cuerpo y el tiempo se regeneren. Por ello la recitación en el retorno media en la persona iniciada para que recomience su existencia, reactualiza el tiempo, tanto del mundo como de la enfermedad y del tratamiento.

Un tipo de retorno considerado ejemplar lo constituye la muerte iniciática, la cual reitera el retorno ejemplar al caos. Por ejemplo, los futuros chamanes, quienes realizan retornos considerados como auténticas locuras. Así, se asiste al efecto de una crisis total que conduce a veces a la desintegración de la personalidad²².

La necesidad de aplicar el retorno al caos en la actual cultura occidental es, para Cooper, la respuesta de un lenguaje de la locura como una forma de libertad, y no sólo en respuesta a la búsqueda de una enfermedad. Así, la locura se fija como una etapa de crecimiento que busca otorgar a una persona una conducta sana y liberadora: “el comportamiento demente del lenguaje de la locura, debe ser contenido e incorporado en la sociedad como una fuente subversiva de creatividad, de espontaneidad”²³.

Ronald Laing parte de la concepción de que la esquizofrenia es más que un “ataque de locura”²⁴. Él observa que es un verdadero viaje de retorno hacia las capas más profundas del inconsciente.

Plantea que, en esa medida, se debe cuidar y asistir al “viajero” en su peripecia, procurando no interferir para nada con su brote, al que se considera un momento trascendental en su vida. Es decir, no interferir, pero per-

21 ELIADE, Mircea. *Lo sagrado y lo profano*, p. 74.

22 ELIADE, Mircea. Op. cit., p. 73.

23 COOPER, David. *El lenguaje de la locura*, p. 132.

24 COOPER, David. Op. cit., p. 147.

manecer atentos, dirigir y abrir el camino a la experiencia (viaje de locura) en lugar de cerrarlo.

El retorno al caos puede equipararse con la metáfora del viaje, el cual posee una estructura cíclica o una trayectoria completa: regresión/progresión/muerte/resurrección. O también de otro modo. Los primitivos, por ejemplo, pensaban que el chamán participa del retorno al caos mediante el esquema iniciatorio: sufrimiento, muerte y resurrección. El último escalón supone que el hombre accede a quedar con el cuerpo renovado y puede recomenzar su existencia con la reserva de fuerzas intactas.

El retorno al caos es un factor de cambio que el hombre occidental ha olvidado y reprimido en la esfera real, pero que puede ser cotejado en la producción cotidiana de conocimiento. Por ejemplo, la celebración de Año Nuevo instala una práctica de "buena suerte" si, y sólo si, la persona transita con dos maletas a la medianoche, dando una vuelta alrededor de la manzana. De tal modo el sujeto, eliminando el pasado de un año adverso y concomitante al pasaje circular, califica al Año Nuevo con la virtualidad de acceder a un viaje.

El momento es intangible. El sujeto que viaja en un retorno se halla en uno de los niveles de éste, sin embargo, el hecho no es suficiente para descartar el valor de dicho fenómeno. El procedimiento de retorno al caos plantea el siguiente interrogante: ¿en qué circunstancia el sujeto que no está loco se moviliza hacia formas distintas de expresión?

Por otro lado, con variada motivación se presenta en la escena teatral el fenómeno de la crisis de retorno al caos, como se verá en alguna experiencia prohibida del teatro, teniendo la precaución de considerar que para efecto de retorno el impulso a teatralizarse se transforme en otra cosa y, sin embargo, pueda obedecer al rigor de sus convenciones:

"Mientras Dullin yacía en su lecho de muerte, su rostro se retorció deformándose según las máscaras de los grandes papeles que había vivido: Smerdiakov, Volpone, Ricardo III. No era tan sólo Dullin quien moría, sino también el actor y todas las etapas de su vida"²⁵.

La muerte del actor acompaña a la muerte de sus máscaras o en el viaje de retorno, el actor ultima su voluntad de conquistador de la identidad de las máscaras.

Octave Mannoni estudió el retorno al caos, los ritos de posesión, y sitúa ambos fenómenos entre el efecto mórbido y la ceremonia. Al analizar el significado del rito del poseso: el poseso, ya sea un sujeto individual o colectivo, vive algo más que una libertad de acción, un derecho a la expresión, es decir,

25 Citado en Eugenio Barba. *Las islas flotantes*, p. 10.

un lenguaje extracotidiano, situaciones negadas en la experiencia cotidiana, que al mismo tiempo sirven de excusa para cambios imprevistos de emoción, para realizar gestos más libres. Incluso se le permite al poseso efectuar actos impensables. En esa medida, el poseso tiene el atributo de retornar a circunstancias de libertad condicional, actos atribuidos en su posesión al lugar del caos²⁶.

Como antes se señaló, en el teatro la posesión replantea la expresión a cambio de ser otra cosa. Para que la posesión se realice en el teatro, el poseso debe reelaborar como actor ese drama oscuro de insatisfacción profunda²⁷, así como la posesión en el teatro retrata un fragmento de la expresión e impone sus parámetros.

El hombre poseído, al efectuar un ciclo de retorno al caos, accede a un mundo expresivo muy dinámico, a un uso cultural cercano a esquemas típicos de estructuras mentales primitivas. Así, la búsqueda lo lleva a sistematizar un esquema apropiado para la realidad perceptual.

La persona trasciende los esquemas perceptuales propios de los normales que no le sirven más que para sistematizar bien la realidad y retorna a esquemas empleados en épocas pasadas. Así, la posesión al recurrir a niveles, usa métodos que pueden parecer formas de irracionalidad, recurre a mostrar fragmentos descarnados de la propia vida y a los grandes gestos corporales.

El retorno al caos lo acerca hacia las formas arcaicas de racionalidad. Prueba de ello es que se concretan en manifestaciones equiparables al arte primitivo, y establece contacto con la expresión infantil.

El mapa cognitivo y el retorno al caos, como matrices de organización del campo perceptivo, equivalen al término de dos antinomias, que incluso demandan de los sujetos vincularse a prácticas excluyentes: el mapa cognitivo como visión de una totalidad pone énfasis en una visión sedentaria, en cambio el retorno al caos da una perspectiva nómada e introduce en la matriz de los orígenes.

La posesión disloca la realidad, restaura la coherencia interna a partir de la creación de un orden del gesto extracotidiano, en cambio la posición del doble vínculo considera estos flujos del inconsciente como un acceso a datos primarios de éste.

26 MANNONI, Octave. *La otra escena*, p. 230.

27 MANNONI, Octave. Op. cit. p. 231.

CAPÍTULO II

La situación teatral y la vida social

Una definición amplia de teatro vincula la participación de actor y público en un sinnúmero de situaciones, experiencias y encuentros sociales.

“el teatro es simplemente algo que vincula la vista y el oído. Los dos sentidos «públicos» son justamente la vista y el oído, mientras el gusto, el tacto y el olfato se refieren más bien a situaciones íntimas, personales, no públicas... de este modo es posible considerar teatro incluso la vida cotidiana”¹.

El teatro responde a una situación de agrupamiento en formación y debe cubrir determinadas necesidades vinculadas a la vida cotidiana; esas necesidades, que equivalen lo mismo para el público que para el actor, se presentan como funciones de la comunicación, y son: la necesidad de producir la palabra y el sonido, que en oposición sirven como medio de escape del silencio, y protege de la ansiedad; la necesidad de contacto que genera un intercambio porque despierta el deseo de coincidir y agradar; la negación de contacto, también se puede enfrentar como una oposición al goce táctil; la necesidad de expresar emociones, los estados de ánimo, producir ideas y la imitación. Por último, la necesidad de enfrentarse al mundo y de tomar una posición frente a un medio considerado agresivo².

El teatro es una construcción de conjunto propia del cuerpo colectivo (conformada tanto por el público como por los actores) que registra las expresiones y los sentimientos en respuesta a la organización del mundo y del propio ser.

1 CAGE, John. Citado en *Teatro de guerrilla y happening* (varios autores) p. 16.

2 MERLOO, Joost. “Contribuciones de la psiquiatría a la teoría de la comunicación humana”, en EX DANCE, Frank. *Teoría de la comunicación humana*. p. 211.

Así, el actor realiza un procesamiento de la información que ingresa y se acumula: tanto de la exploración corporal de los interactuantes en el entorno, como de la visión del público dispuesto como receptor en el entorno y del mismo entorno donde se realiza la presentación escénica.

La matriz social define las relaciones del colectivo teatral con el medio ambiente, haciendo que su integración activa a una comunidad resulte alcanzable. De igual modo, la relación del colectivo teatral puede dirigir sus acciones hacia sus miembros.

El colectivo teatral realiza una actividad destinada a dar apoyo a sus miembros, manifestándose de diversos modos³:

- Se reporta lo que le ocurre al otro miembro, crea una relación de reporte de la persona al grupo.
- Se manifiesta en grados de permisibilidad, es decir tratar de ignorar las diversas posturas; dejar ser y hacer al otro genera formas de conductas permeables.
- Se intenta registrar lo investigado, la interacción asociativa entre la gente; mediante la presencia de otro en la experiencia es posible crear un fluir de asociaciones grupales.

La diferencia entre situación teatral y situación social radica en que los actores dramáticos representan una acción movidos por asumir su carácter simbólico más que para realizarla efectivamente, en cambio, en los hechos de la vida cotidiana el actor representa su papel con la finalidad de afirmar su dinamismo, y en función de sus acciones modificar la organización. Si la vida cotidiana fluye, la representación teatral suspende la acción real, se nutre de la vida para cruzar la frontera de los hechos reales.

Del mismo modo que el hecho teatral se conecta con la vida social, ésta es susceptible de poder interpretarse como una representación. Por ejemplo: el guachimán tiene a su cargo sellar el acceso a las instituciones, o el loco que cumple el rol de ser un emisario a un pasaje a las imágenes fantásticas. La escena diaria o teatro de la vida cotidiana otorga plena existencia a las máscaras y guiones que despliegan conductas interiorizadas por los actores sociales.

La teatralidad juega con una imitación, cuando "la vida se desdobra en máscaras, acciones y decorados"⁴. Eso no sería una purificación colectiva como ha pretendido la catarsis psicodramática, "más bien creemos que para gozar de sí misma y acrecentarse con su propios dobles"⁵.

3 SCHECHNER, Richard. *El teatro ambientalista*, p. 272.

4 BERQUE, Jacques. "Imagen", en DUVIGNAUD, Jean, *La sociología. Una guía alfabética*, p. 223.

5 BERQUE, Jacques. *Ibíd.*

Es decir, se representa la vida, valga la redundancia, para ser específicamente un acto teatral.

La perspectiva dual vincula la vida del actor social a un gran escenario. En el lugar el actor hace reflexionar un ser expuesto al contacto de esa paradoja, porque al hacer de su práctica diaria el coexistir con esta dualidad, el actor teatral hace explícita esta doble presencia social:

“Si estando un cómico en escena se le ocurriese quitarse la careta y enseñar a los espectadores su rostro verdadero, ¿no trastornaría la comedia toda y merecería que el público le arrojase del teatro como un insensato o un loco? Claro que sí, porque resulta que al destruir así la ilusión se ha destruido también el interés de toda la obra, ya que la ficción y el engaño eran los que mantenían constante la atención de los espectadores. En el mundo como en el teatro sucede con bastante frecuencia que un mismo individuo representa dos personajes”⁶.

La locura, para Desiderio Erasmo, se entiende no como un vicio sino que ésta nace del corazón de los hombres y les proporciona felicidad, y además es un requisito para el avance de la sociedad. El actor, al dejar caer la máscara, cumple la misión de hacer consciente al público la existencia de una paradoja de la vida, y al mismo tiempo es un acto que desde la posición del espectador puede entenderse como una locura.

1. El teatro y la enfermedad

El teatro está ligado a las relaciones humanas surgidas en el contexto histórico-político, donde los actores –al representar– funcionan como catalizadores de los procesos colectivos. En esa circunstancia la relación del actor participante con el espectador no es neutral, sino que se da como una relación de complicidad en lo mostrado, incluso las posturas entre quienes ven y los personajes vistos conducen a los primeros a tomar partido a nivel ideológico.

El teatro se vincula con la enfermedad recogiendo temores, conflictos y traumas de la población. Tal como dice Antonin Artaud, la plaga de la peste que diezmó a la población, más que una enfermedad es un mal incontrolable y misterioso, porque “ataca aquellos órganos que son controlados directamente por la conciencia y la voluntad”⁷.

6 ERASMO, Desiderio. *El elogio de la locura*, p. 48.

7 ARTAUD, Antonin. “El teatro y la peste”, en *El teatro y su doble*, p. 212. Antonin Artaud, actor y escritor francés, visualiza en la peste que azotó Europa en el siglo XVIII, una función de magia y transgresión que esencialmente el teatro necesitaría recobrar.

La peste, que se transmite por la promiscuidad de la especie humana, origina la desorganización del cuerpo social, destruye las normas y relaja las costumbres. En ese contexto, frente a aquella situación –la enfermedad– imposible de controlar, la acción teatral resurge como una válvula de escape. El teatro origina una revolución, haciendo que el hombre encuentre en el teatro un medio de expresión donde dirigirse con la verdad.

La idea de la revolución teatral que plantea Antonin Artaud ve en el acto dramático un efecto sobre el psiquismo humano comparable con la amenaza de la peste. El teatro de la peste es, sin duda, un juego simbólico que integra el problema de la escena teatral con relación a la muerte, la crueldad o el tormento que trae la enfermedad, cuando desde el escenario, a través de su imitación de la vida, impone un doble juego de postergaciones, mostrándole al espectador la postergación de sus necesidades emergentes.

La enfermedad de la peste no sólo castiga a los pueblos con crueldad, sino que actúa como un agente que revoluciona al hombre, otorgándole una nueva oportunidad para que se refleje en el teatro como en un espejo, donde sería capaz de reencontrarse consigo mismo, pues como dice Artaud:

“desde un punto de vista humano la acción del teatro, como la de la peste, es beneficiosa, pues al impulsar a los hombres a que se vean tal como son, hace caer la máscara revelando a las comunidades su oscuro poder, su fuerza oculta”⁸.

De manera contraria, Michel Foucault encuentra que en la peste del siglo XVII, lejos de otorgarle al teatro algún estatuto refundador de un nuevo orden, es el elemento propicio para que cobren vigor el control estricto y el correlato médico-político organizados, en torno a la aplicación de la disciplina y la inspección. Según explica Foucault, es la figura del poder en la peste que se propaga cuando las ordenanzas quedan sin efecto, prueba de ello es que “la enfermedad se transmite cuando los cuerpos se mezclan”⁹.

La peste origina dos situaciones disímiles: el control estricto de la urbe y el teatro de la expresión de los apestados. Así, más que excluirse constituyen anverso y reverso de la misma experiencia. Son visiones que en torno a la plaga de la peste evocan los términos de la acción teatral (desorganización) y el correlato médico-policíaco (vigilancia y sanción). Por analogía con el texto de Artaud, es el enfrentamiento propio del ser humano frente a una situación límite: la peste o la locura. Asimismo, ambas enfermedades producen una necesidad de comunicación. El enfermo, que se sabe un organismo en conjunción con la muerte, propicia actos reflexivos desde su existencia trágica.

8. ARTAUD, Antonin. Op. cit. pp. 31-32.

9. FOUCAULT, Michel. *Vigilar y castigar*, p.5.

De otro lado, el enfermo desahuciado, condenado a morir, está más próximo a expresarse con la verdad: ¿qué quiere?, ¿en qué cree?, ¿qué siente? En ese sentido el teatro brinda un beneficio a la colectividad, al constituirse en un testimonio crítico y un espejo en el cual reflejar la impotencia del ser humano para revolucionarse.

Las representaciones del siglo XVI no sólo reflejaban sus respectivas actitudes psicológicas hacia el mundo en que se movían, sino también las ideas, la posición de dicho mundo en relación con la locura y la necesidad de anticipar lo que sobrevendría.

“Estaban cerca del latir emocional de sus contemporáneos, y la representación en el teatro de la locura individual o colectiva no era solamente un espectáculo para atraer a la masa (una obra dramática puesta) en el escenario indica la aceptación de la locura en un marco socialmente admisible”¹⁰.

Una de las formas que conocía la persona de librarse de la enfermedad era mediante el teatro. “El teatro es el estado, el lugar, el punto en que se puede aprehender la anatomía humana y a través suyo sanar y dirigir la vida”¹¹.

De otro lado, si bien existe una locura individual, también existe la locura de un grupo. Así, para calificar a éste como enfermo es importante apreciar el disfuncionamiento, las alteraciones y las crisis que afectan el entorno en que se desarrolla. Si bien esto puede provenir de un desajuste individual, no es motivo suficiente para evaluar al grupo como enfermo, pues aunque los individuos presentan alteraciones de conducta, bien podrían cumplir las tareas que les encomienda la comunidad.

“No podemos considerar a un grupo enfermo sin evaluar la forma en que éste se enfrenta con la realidad”¹², además Anzieau afirma que el problema esencial para el grupo es llegar a “pisar tierra”, vencer los obstáculos que impone la realidad para realizar sus objetivos, lo que significan sus deseos y necesidades.

Otra observación de Anzieau constituye la idea equívoca de que existen grupos de sanos y grupos de enfermos y en su lugar plantea que el grupo coexiste mediante facetas sanas y facetas enfermas que afloran alternativamente.

No es tan simple separar entre grupos sanos y grupos de enfermos. Por ejemplo, “los inadaptados forman grupos en los que, finalmente, se adaptan: los forman, evidentemente, de acuerdo con su inadaptación”¹³.

10 ROSEN, George. *Locura y sociedad*, p. 188.

11 ARTAUD, Antonin. Citado por E. Barba y N. Savarese, *La anatomía del actor*, p. 12.

12 ANZIEAU, Didier. *Dinámica de los pequeños grupos*, p. 177.

13 ANZIEAU, Didier. Op. cit., p. 175.

Al respecto, Enrique Congrains¹⁴ describe el tráfico y explotación de locos marginales que deambulan por la calle; en su relato estos locos son secuestrados e incorporados como mano de obra a un taller clandestino de lavado de botellas de vidrio.

1.1 Teatro o teatro-terapia

El teatro de comunión, teatro espontáneo, teatro de la verdad, conocido también como el teatro de técnica psicodramática, creado por Jacobo Levy Moreno, inicia el psicodrama en Viena en 1921¹⁵.

El psicodrama se realiza vía un conjunto de personas que da rienda suelta a su espontaneidad creativa, con el fin de permitir a las personas realizar, mediante el teatro (y la acción simbólica), las funciones refrenadoras o prohibidas por las actividades cotidianas; el espejo de los demás permite una toma de conciencia catártica.

Para el psicodrama la escena es el lugar donde actúan los afectos y los papeles reprimidos son integrados en la personalidad y por tanto dejan de amenazar su coherencia, pero también es el lugar del encuentro con otro ser humano. El psicodrama cumple en la sociedad el rol de una disciplina terapéutica. Mediante la repetición de una técnica se procura incorporar individuos a la sociedad.

El abuso del término "terapéutico" en las instituciones de salud mental configura una ideología en torno a las figuras del agente del saber que distribuye la terapia, conectado a la figura de un conjunto de sujetos receptores de curación.

En la lógica interaccional de los agentes psicodramáticos instituidos frente al sujeto afectado: la terapia reubica al sujeto a través del contacto con la vivencia; es reestablecido en la norma social y supera los prejuicios que anteriormente pudieron aislarlo.

El psicodrama tiene una gran diferencia con el teatro. No es un espectáculo, ni un juego y tampoco es manipulación de un grupo, sino que reactualiza —mediante la puesta en escena— un problema que implica a un sujeto, o a un grupo de una manera personal o privada, para llegar a una solución: "El

14 CONGRAINS M., Enrique. *No una sino muchas muertes*. También se expone la relación descrita en la adaptación cinematográfica del largometraje de Francisco Lombardi, *Marija en el infierno*, (1984).

15 KONONOVICH, Bernardo. *Psicodrama comunitario con psicóticos*, p. 21.

psicodrama es totalmente actual: es la creación de circunstancias en las que los participantes reviven momentos difíciles del pasado"¹⁶.

Frente a la visión totalizadora de la terapia psicodramática, basada en la figura del terapeuta eje de la reinserción en la norma social, se puede ubicar, en cambio, otra posición, donde cuenta el poder emanado del grupo mismo como agente de cambio: "la terapia de grupos no se reduce a un procedimiento ventajoso que permite el tratamiento de varios inadaptados mentales, pues el grupo en sí mismo, si es manejado de manera conveniente, es terapéutico..."¹⁷.

Jerzy Grotowski, director de teatro polaco, plantea la importancia de una integración del hombre moderno, con su ambiente industrial y despersonalizado, que hace evidente la fragilidad de la condición humana¹⁸.

"Si descartamos las máscaras, si se revela la sustancia verdadera se logra una totalidad de reacciones físicas y mentales. Esta oportunidad puede tratarse de manera disciplinada con consciencia plena de las responsabilidades que implica. En ello podemos encontrar las posibilidades terapéuticas que el teatro encierra para la sociedad actual"¹⁹.

La representación es una forma de terapia social. El teatro da a las personas una oportunidad para lo que se llama el efecto de integración, mediante la técnica del actor se le permite a una persona experimentar. La condición para ello es que la actuación exponga y libere una parte de sí, al mismo tiempo que se establece para el espectador una actuación de riqueza perceptiva.

En su trabajo con grupos el teatro y la terapia establecen mecanismos similares de representación con diversa utilidad; así, la terapia de grupo no excluye al teatro, sino, al contrario, tiene puntos de contacto. La técnica psicodramática pone énfasis en la función terapéutica del teatro, es decir en el hecho de que se puede visualizar con la terapia numerosas interrogantes del grupo de teatro. Y viceversa, el teatro revierte al conocimiento de la terapia de grupo.

"¿Cuáles son las maneras en que el teatro puede ser/ debe ser/ es terapéutico? O, proponiendo la pregunta en una gran extensión, ¿cuál es la función del teatro que da salud tanto a nivel individual como social? ¿Hay una función homeostática del teatro? ¿De qué manera un

16 SCHECHNER, Richard. Op. cit., p. 126.

17 ANZIEAU, Didier. Op. cit., p. 89.

18 GROTOWSKI, Jerzy. *Hacia un teatro pobre*, p. 213.

19 GROTOWSKI, Jerzy. Op. cit., p. 214.

arte que es actuar hacia afuera o actuar a través de? ¿Pero cuál es el papel del intérprete? ¿Es chamán, doctor, artista o enfermo?...”²⁰.

Una característica de lo específicamente teatral es su carácter experimental en sí mismo anexo a los participantes de la representación teatral. Se puede situar como una investigación de nuevas formas de expresión y un trabajo sobre el actor y todos los componentes del acto teatral: “el placer de representar y el placer de ver representar se deben por cierto a esas convenciones que permiten liberar los fantasmas de cada uno sin conferirles una trascendencia mayor que la del mero espectáculo”²¹.

2. La interacción del hecho teatral

La interacción teatral se explica en la medida en que cubre relaciones entre los elementos: de un actor a otro actor, entre el público espectador y el texto escénico. La interacción de un actor a otro actor instala una forma de cuestionar y reformular conflictos sociales latentes, generando asociaciones colectivas y formas de reporte entre los miembros.

La relación entre los actores y el público dispuesto en la platea se conduce de modo directo e irrepetible. La relación se elabora de tal modo que se rescata, por parte de los actores, la intención de apelar vivamente al espectador. Resulta de igual modo decisivo para el público verse identificado en la pieza representada.

La relación actor-público plantea una divergencia: oscila entre los sujetos actores que se muestran y sujetos espectadores que descubren, capturan estímulos y gratificaciones según sus propias variables de lectura. La intervención del texto escénico es mediada por la participación del actor, de tal suerte que el público recibe gratificaciones de acuerdo a respuestas que validan sus propios intereses. El público catalogará una pieza como violenta, trágica, cómica o festiva. Atribuyéndole un nombre a lo representado, según éste lo conduzca a un punto donde perciba tipos específicos de emociones.

El texto de teatro como vehículo de conocimiento puede estudiar las condiciones comunicativas y sociales del medio, las relaciones y/o efectos que produce en el público, las relaciones del texto de la obra con el entorno e incluso vincularse con las normas de una institución.

20 SCHECHNER, Richard. Op. cit., p. 256.

21 MANNONI, Octave. *La otra escena*, p. 231.

2.1 El actor

La interacción del actor supone, en principio, una preparación de los detalles, la interacción empieza durante los ensayos y continúa durante las representaciones siendo el vínculo más duradero. Según Osolbone, "La comunicación entre los actores es recíproca, simétrica y simultánea, igual a los personajes que representan"²².

La comunicación se realiza a través de un grupo que interactúa a través de sus zonas de contacto corporal. Cuando la interacción se produce a través del registro en zonas corporales, producto de un colectivo humano que intenta tomar una nueva conciencia de sí mismo. Al respecto, el cuerpo está supeditado al rostro y a la palabra en grado menor, todo ello según cánones sociales comprensibles y asimilables.

Así, la experiencia de exploración debería privilegiar el contacto humano por encima de los recursos orales. Porque la sociedad tiende a economizar y bloquear los movimientos del cuerpo, en tanto la marcación de los espacios condiciona y restringe la expresión creando rutinas que sujetan a la persona.

La interacción del actor establece una clasificación, según los canales sensoriales que intervengan: están abiertos o cerrados al estímulo acústico, visual, olfativo y táctil. Al abrir o cerrar los estímulos sensoriales se realiza un esfuerzo por comenzar a registrar desde pautas no cotidianas aquellos espacios y relaciones intergrupales que registran una ausencia o presencia sensorial: escuchar/oír, mirar/ver, oler/olfatear, tocar/contactar o auscultar.

Los registros sensoriales también se ven restringidos por presión social de normas microculturales. Tanto la manifestación de seguridad y el afecto se otorgan por el tacto, de modo que la falta de éste genera incapacidad posterior para tocar, inseguridad en los propios afectos y distorsión para comunicarse.

Los ejercicios de contacto practicados en un conjunto de personas, otorgan además de una función de integración, un valioso aporte para quien experimenta graves perturbaciones de su imagen corporal. Así, las primeras experiencias táctiles parecen ser decisivas para la adaptación mental y emocional posterior.

Además, los jóvenes que han tenido poco contacto físico durante la infancia aprenden a caminar y hablar más tarde; a muchos esquizofrénicos privados en su infancia del contacto táctil de adultos, puede atribuírseles, con posterioridad a ese poco contacto cuando niños, su desorden mental²³.

22 OSOLBONE. *Cours de théâtristique générale*, citado en PAVIS P. *Diccionario del teatro*, p. 85.

23 KNAPP, Mark L. *La comunicación no verbal*, p. 213.

Este control sobre el cuerpo lleva, en la práctica, a establecer algunas convenciones escénicas previas al trabajo teatral, por ejemplo “pase lo que pase”, el intercambio escénico proseguirá hasta la última consecuencia, es decir: “la función debe continuar”.

También se supone que, por principio, no existe una verdadera relación entre los actores, pues para cumplir con su rol, en tanto intérprete, surge el deber de eliminarse tras los rasgos de su personaje. En la escena, la comunicación entre los actores es dependiente del desarrollo de la obra, la que a su vez es dependiente de la ficción.

El actor intenta extender su práctica circunscrita a la zona de representación a la vida misma, con la expectativa de que la verosimilitud de lo que ocurre en la escena pueda trasladar su efecto al escenario social. Lleva a definir la representación como un elemento de cambio o transgresión; es el factor que trastorna la vida y que implanta su acción más allá del mero procedimiento de simulación, no como producto de un propósito ilusorio, sino la actuación como acto de transgresión que suscita actos de contravención a la norma social e impone flujos de retorno, una auscultación de las fronteras proscritas por el orden social.

Sin embargo, en la realidad el actor hace efectiva su demanda, en tanto individuo o grupo que transita con su trabajo un límite entre la ficción y la realidad. Por ende, tiene que enfrentar el obstáculo de contentarse con ser un personaje teatral y suponer que la trayectoria dramática que se propone o pronostica es tan sólo una ficción.

Según Jean Duvignaud, el actor en tanto niega y afirma su relación en la esfera de la vida y de lo imaginario, debe sobrellevar su “conciencia desgraciada”²⁴. El rol del actor que lo vincula con el papel social se sitúa en el acto de transgredir la escena, siendo el recurso contemplado para ese fin el transgredir el papel que representa un vehículo para la transformación social.

El actor que sobrelleva el atributo de la “conciencia desgraciada” se inserta en una función privilegiada sólo conocida en el teatro. La conciencia desgraciada actúa en el individuo y obliga al espectador a asistir al desgarramiento del ser comprometido en situaciones contradictorias, o en papeles que no puede asumir o renegar, porque expresa su vínculo con la sociedad.

Finalmente, la conciencia desgraciada ejerce una separación por medio de la realización de un acto prohibido, porque el actor que encarna la conciencia desgraciada corre la suerte reservada a los excomulgados, porque presenta elementos de transgresión y de posesión restringidos socialmente a los locos.

24 DUVIGNAUD, Jean. *Espectáculo y sociedad*, p. 31.

2.2 El público

La interacción entre espectadores está sometida a numerosas variaciones, como desinterés, emoción, histeria colectiva; todo un conjunto de variantes que fluctúan entre la unión y la desunión.

Por otro lado, su responsabilidad con relación al espectáculo es llegar más o menos a la hora (conocer que la representación se repite con cierta frecuencia en determinados establecimientos: teatros, plazas, auditorios, etc.). El público es un número indeterminado de personas, como mínimo más de uno.

La relación espectador-espectador se ejerce según el esfuerzo alcanzado por conseguir un lugar (podría ser igual al precio de la entrada). El grupo de espectadores se distribuye en las butacas, desde ahí distingue y ejerce los factores de su influencia.

Así se tiene que su mirada le da una forma al espectáculo, como sus mínimos movimientos en las butacas y el sonido de las envolturas de sus caramelos. El público expresa su aprobación o su disgusto mediante esquemas perfectamente regulados de aplausos. El público se levanta durante los descansos o, acabada la obra, sus reacciones se manifiestan con risas, silbidos, aplausos, o el silencio, las lágrimas, la exclamación, el reclamo; marchándose con pifias o a tomatazos.

Existe una momentánea ruptura en la representación, dada en la invitación al público a que participe en el espectáculo.

“El público constituido por una congregación improvisada, que se reúne en el lugar de la representación y que nunca más volverá a ser un grupo definido. Dada su falta de preparación, el público es difícil de ‘movilizar’ y una vez ‘movilizado’, todavía más difícil de controlar”²⁵.

El espectador hace verosímiles los componentes mecánicos de la actuación y exige a cada secuencia del espectáculo un sentido. Así, desde la visión del público se realiza una suspensión: “esto sólo es teatro”. Es decir, se plantea la oposición de la escena a la vida. Otro signo está dado porque el cambio no es propio del escenario, entre las luces del tabladillo, sino que la revolución pertenece al terreno de la vida diaria.

Así, el teatro recrea la realidad, la ceremonia prepara una acción destinada a comprometer a la colectividad y a la sociedad. Y si las cosas se complican, el espectador dispone del recurso de ver en la ceremonia planteada una polarización²⁶, la cual se ejerce mediante la demarcación de dos lugares, la vi-

25 SCHECHNER, Richard. *Seis axiomas para el Environmental Theatre*, p. 22.

26 DUVIGNAUD, Jean. Op. cit., p. 28.

da como un espacio verdadero y de un fluir continuo, y del lado convencional, la escena, que es una fractura en el transcurrir de la vida, puede ejercer una violencia en el tiempo y el espacio instituido.

Para el público, la ceremonia realiza un acto "diferido"²⁷, entonces la ceremonia teatral es como una precaución y conservación de la estructura, el teatro no es como alguien pudiera asumir, algo carente de seriedad o puramente festivo, sino el acto teatral que alude a la obtención de validez en la realidad: en primer lugar la representación posee una validez momentánea (el público y el actor crean una ficción), el teatro interviene ejerciendo una discontinuidad en la vida cotidiana, así la vida en colectividad continúa sin resultar para el público sumamente aburrida.

La visión que el público tiene de la representación es no convencional, porque la mirada del espectador se mueve entre lo que cree y aquello que parece. Para el actor la razón del teatro es la de extraer de la vida la sustancia colectiva para luego plasmarla en un escenario, por tanto el teatro no evoluciona como un camino de mensajes particulares o sin participación.

2.3 *La relación público-actor*

La relación de intercambios recíprocos entre los diversos actores es esencial, pero necesita de otros componentes: la sola presencia del actor no es suficiente para considerarlo un hecho teatral.

La participación del público provocada por la acción escénica no es una imitación de ésta sino una variación armónica. Así, por ejemplo, una situación de tristeza evocada en el escenario podría hacer llorar a los espectadores como también puede suscitar asociaciones exentas de tristeza, sin embargo se espera que el espectador participe con evocaciones armónicas, dispuestas convencionalmente en la pieza.

La teatralización se realiza por la relación entre actor y público, la que constituye una experiencia inevitable. Dicha relación toma la forma de una "sombra de múltiples cabezas" de impensables e inesperadas reacciones, que retroalimentan la puesta en escena provocando reacciones no siempre previstas y uniformes.

No existe una verdadera influencia entre ellos. Por ejemplo: el actor intenta ocultarse a los ojos del espectador tras el maquillaje y otros elementos del personaje, mientras que el espectador no se interesa por el actor que interpreta a un personaje, sino directamente en el personaje, al menos es así en

27 DUVIGNAUD, Jean. Op. cit., p. 27.

el caso donde entra en juego la identificación y donde el intérprete no se distancia de su papel. El espectador tiene elementos para poner en constante duda la sinceridad del actor; el espectador evalúa en el "ir y venir" de la persona a su personaje la autenticidad del acto. De esta manera, lo que sucede en la escena está marcado por el signo de un mundo ficticio.

El punto de unión y separación entre el espectador y el actor, y entre lo presente y lo representado, se halla en la polarización del espacio en que se lleva a cabo la ceremonia social y la ceremonia teatral²⁸. Prácticamente no existe un comportamiento colectivo que no implique la repartición y la delimitación del espacio, ya sea el correspondiente a la disposición de los espectadores y de los familiares. La ceremonia produce zonas de participación y proyección, "polarización" entre la ceremonia ritual y el entorno donde transita la vida. La partición, polarización e intercambio a los que ella da lugar en las distintas sociedades entre espectador y actores es importante para la vida de los grupos, porque produce un fluir entre ambos.

2.4 El texto y la transgresión

El texto tiene como elemento de acto transgresor un planteamiento útil porque permite ver, en forma minuciosa, cómo el actor asume el rol de provocar siempre en el contacto de terceros, los personajes y el público, aquellos impulsos físicos que mediante el contacto, consigue proyectar más allá de las conductas cotidianas.

Transgredir no es un acto de anarquía, sino una posibilidad de trascender, de alcanzarse a sí mismo, llegar al grupo y mediante el actuar, capturar las fronteras del escenario.

En la línea de la conducta humana existe un tramo en que la crítica social se aproxima a considerar la identificación entre lo representado y la locura. Para que los miembros de la sociedad validen la conducta del actor depende de varios factores. Un grupo de ellos es el estilo y coherencia respecto de la realidad y sus consecuencias.

Se cita a un actor que induce al auditorio con su delirio, siendo su reacción considerada como un acto de locura.

"Estaba representando la locura de Ajax cuando Ulises lo derrotó y perdió el dominio de sí mismo, de tal modo que se le podía perdonar a uno el pensar que su locura era algo fingida... Arrancó la ropa de la espalda de uno de los que marcaban el ritmo con sus zapatos de hierro, cogió la flauta de las manos del que la tañía y la

28 DUVIGNAUD, Jean. Op. cit, p. 29.

abatió de manera tan contundente sobre la cabeza de Ulises, el cual, puesto de pie celebraba su triunfo, que si su casco no hubiera ajustado bien y soportado el golpe, el pobre Ulises habría caído víctima de un delirio histriónico. Toda la compañía se contagió de su locura y saltaban, chillaban y rompían sus ropas"²⁹.

Otro caso de ruptura del compromiso del actor con su papel: "se conoce el caso de un actor que interpretaba Otelo, que estuvo a punto de estrangular a Desdémona si no bajan el telón"³⁰.

La transgresión del actor con el personaje representado borra el límite del comportamiento cotidiano de la persona que representa y hace participar al otro actor (y como consecuencia al público) en una situación teatral realizada a costa del propio personaje y de la transgresión del texto representado.

La relación entre el espectador y las asociaciones que le plantea el teatro, es la relación de un texto y una escena que establece múltiples conexiones. Se puede ver una contraposición a la escena tradicional. No existen personajes silenciosos, es decir personajes que siendo importantes en la trama general y no teniendo impedimentos materiales para hablar, optan por callar. En cambio, se presentan personajes que se declaran silenciosos, es decir que hablan de su deseo de no hablar.

La escena tradicional no considera una secuencia completa de comunicaciones esquizofrénicas (actos de un Yo débil), sino solamente algunos rasgos registrados, como aquellos personajes que exponen al hablar las contradicciones a menudo lacerantes de su pensamiento y que cada vez actúan conforme a una directriz. El teatro basado en una práctica tradicional del texto de repertorio elimina a los personajes del comportamiento esquizofrénico, disociador, que manifiesten concretamente una contradicción entre pensar y actuar.

El texto tradicional tiende a eliminar los silencios, que situarían a los participantes de la ceremonia teatral en la incomunicación, envolviendo al público en un estado de disforia. La causa más común es que la presencia del silencio (incluso la comunicación no verbal) es pasada por alto, porque los mensajes no verbales no establecen enunciados con igual precisión que la comunicación verbal y evocan un cierto malestar entre el público.

Asimismo, la escena tradicional se condiciona principalmente en un presente (incluso en los recuerdos o proyecciones futuras); dejando la discontinuidad de acciones (rupturas espacio-temporales), serían mecanismos más ligados a una cultura del texto y por extensión a rastros de una comunicación esquizofrénica.

29 LUCIANO. "Of Pantomime". *Works of Lucian of Samosata*, citado por George Rosen, en *Locura y sociedad*, p. 262.

30 PLATONOV, Konstantin. *Psicología recreativa*, p. 328.

Así, el texto tradicional de repertorio se contrapone a un texto escénico de características esquizofrénicas: "la incoherencia de los esquizofrénicos responde a la tradición del gesto que privilegia los macromovimientos, los que tienen un claro y codificable correspondiente semántico, respecto a los micromovimientos"³¹.

Al plantearse que los códigos de movimiento propios de la esquizofrenia son demasiado débiles para ser captados como significativos por el espectador o, más aún, considerados como estorbo o un ruido de fondo respecto de la acción teatral. Por ende, se determinaría la ejecución de una secuencia de micromovimientos, que no cabría de existir simultáneamente con otras escenas, porque se consideraría incomprensible para el público.

31 RUFFINI, Franco. "Texto y escena", en *La anatomía del actor. Diccionario de antropología teatral*, p. 211.

CAPÍTULO III

El caso de la comunidad terapéutica del pabellón N° 20

En la comunidad terapéutica del pabellón N° 20 del Hospital "Víctor Larco Herrera" el tiempo y el espacio adquieren otra dimensión, los pacientes no utilizan reloj, las referencias horarias están dadas por la proximidad a las actividades terapéuticas, alimentarias o de recreación previamente programadas. El día empieza cuando sale el sol y acaba a las siete de la noche. Los pacientes leen periódicos pasados y, en general, están poco enterados de lo que ocurre en el país, los acontecimientos de su incumbencia son aquellos que les atañen, como las huelgas de personal, los cumpleaños de algún miembro de la comunidad, los campeonatos recreativos de los internados y, en especial, obtener noticias sobre su dada de alta.

"... Internado en el hospital Víctor Larco Herrera. Te cuento mi Amor Mariluna. Te extraño mucho Te diré que comienza el día nos levantamos a las 6 am luego hacemos limpieza hasta las 7.30 hora en que tomamos desayuno luego continuamos con la limpieza hasta las 10 am hasta esa hora hay un poco de gritos disgustos pero luego normaliza lunes hacemos Terapia martes Teatro miércoles Psico Danza jueves Taller de pintura y Así pasamos la semana sólo se siente mucho frío ah y me olvidaba recogemos el desayuno el almuerzo y la comida de Nutricion.

Y sólo sé que Te Amo Mariluna. el pabellón 20 es de regular tamaño tiene 5 salas tiene su comedor tiene jardines y hasta su chacra. pero es entretenido claro que algunos momentos aburridos" (09/08/94)¹.

Como rasgo distintivo del período de internamiento se da una fuerte puntuación en la restricción de los movimientos según horarios previamente demarcados. Las actividades de la mañana se inician con las tareas de limpieza,

1 Carta del señor Alegre. Se ha respetado la gramática. Ver Anexo I: Texto N° 3.

el conjunto del pabellón se desplaza cargando baldes al segundo piso, trepando, sacudiendo y barriendo. Los técnicos, auxiliares y enfermeros dirigen los quehaceres, eligiendo, motivando y movilizándolo a los pacientes.

El quiosco del pabellón es un lugar muy frecuentado por los pacientes entre las horas de las comidas, pues muchos de ellos consumen más de lo que contiene la dieta del hospital; otros transcurren sus horas charlando. Es un mal negocio administrar el quiosco, pues los pacientes usan créditos que no pueden solventar sin el apoyo de un familiar; de ahí que, por lo común, tengan problemas para estar al día con sus pagos.

En el pabellón 20, el trato del personal para con los pacientes y entre pacientes es impersonal: unos a otros se llaman por sus apellidos; en ocasiones se antepone el calificativo "señor" al apellido, pero sólo cuando se trata de alguien del personal. En ocasiones, la relación entre pacientes es de camaradería, donde los apelativos fijan la atención en lo ridículo y lo fraterno: "Maranguita", "Polaquero", "Semillita", "Monje Loco", "Chancay" o "doctor Barriga".

Entre las actividades grupales recreativas los pacientes muestran preferencia por jugar fulbito, charlar en el quiosco, mirar la televisión al atardecer o festejar el cumpleaños de algún compañero miembro de la comunidad. Cuando esto último ocurre se toma refrescos, se come bocaditos y se baila sin problemas entre pacientes del mismo sexo. Por otro lado, las actividades cuentan con el visto bueno de la institución, son promovidas y supervisadas por el mismo personal y se realizan en horas de la mañana o de la tarde.

Es pertinente, en esta parte, mencionar las diferentes ópticas que se aprecian en cuanto a la vida sexual. La principal es la norma hospitalaria que entiende el placer solitario como pernicioso para la salud, mientras que el paciente lo percibe como la clausura del goce sexual de pareja. Un grafiti pintado en un muro del pabellón reza la siguiente frase: "Hermano, no te masturbes". La sentencia previene contra un posible acto. Para el paciente, el hecho de estar "encerrado entre cuatro paredes hace que se esfumen los mejores años de su vida". La imposibilidad de satisfacer su necesidad sexual lo obliga a desfogar recurriendo a la masturbación, o como ellos la llaman: "jalarse el pellejo" o "parar con manuela pajares", y arriesgarse así a infringir la norma de la institución que sanciona la masturbación como un acto de culpa; que resulta, además, ser factor causal de desvíos y desatinos, y, por cierto, es una falta de respeto a la autoridad; por ello, "ennegrece el cerebro" o convierte a quien se masturba en "un hombre de semen". El onanismo del paciente lo "arroja", "lo reseca" en un espiral que hace que su identidad se base en el temor a ser descubierto, donde la institución es el ente rector capaz de supervisar los mínimos movimientos de las personas.

Pocos pacientes burlan la mirada vigilante del personal y se las ingenian para mantener citas carnales con pacientes de otros pabellones o para seducir

a un paciente del mismo pabellón. Estas relaciones sexuales, por la severidad del castigo, son calificadas por el resto de los internados como "hazañas".

1. La relación personal-paciente

La relación del personal y el internado se basa en una transacción de respeto mutuo; la aplicación de una sanción depende no sólo de lo estipulado en el reglamento, sino de la imagen que proyecte el técnico². Así, si un técnico lo cree necesario hará sentir su autoridad desde su llegada con una frase que lo resume todo: "tranquilo porque he venido asado, si no me obedeces ya sabes como es".

El personal tiene atribuciones para regir ciertas conductas: vigilar al paciente en sus mínimos e íntimos movimientos, por ejemplo ordenarles: "saca la mano de ahí [un bolsillo] domador de serpiente". Asimismo tiene facultades para movilizar a los pacientes bajo la forma más corriente de presión, es decir la amenaza: "si alguien molesta lo mando a iniciales o se va a hacer chacra". La actividad de la chacra es una tarea dirigida por el personal que consiste en regar con balde, echar lampa y, en ocasiones, arrancar la mala hierba.

El personal registra la conducta de los diversos tipos de pacientes, partiendo de aquéllos incapaces de generar alboroto, pues la institución busca y desea que se expresen, y que en la obligación de realizar tareas liberen las tensiones que los oprimen, pero, al mismo tiempo, teme la reacción no prevista de algunos. La reacción que retorna del paciente es calificada por el personal como la de "autómatas que tienen una forma de vivir el encierro... generando reacciones, contradictorias".

Considerados por el personal como seres confiables o impredecibles, son además calificados como "mañosos", porque les gusta perseguir a las practicante de los institutos de enfermería, o "maniáticos", porque son capaces de simular dolor para conseguir una dosis extra de medicina.

A algunos pacientes se les denomina "intolerantes", porque no logran adecuarse al sistema; reclaman siempre exigiendo que "no se metan con él", son imposibles de movilizar y niegan anexarse en forma continua a cualquier relación.

Los pacientes que están mal, que no mejoran, tienen otra forma de relacionarse. Éstos deambulan, van "al paso" (burlándose, gritando). Otra posibi-

2 Las sanciones normativas del pabellón Nº 20 mandan: a) aislamiento a determinar según la falta, b) suspensión de visitas, c) suspensión de salidas en caso de tenerlas el paciente, d) retiro del pabellón.

lidad es que se manifiesten en una actividad, "robándose el show": piden cantar un fragmento y luego quieren cantar la versión completa; si no se hace su primera voluntad se mandan mudar.

Cuando la conducta de un paciente está en retroceso se dice que está "cruzado"; estos cambios bruscos de temperamento generan altercados, que hacen necesaria la intervención del personal, "cogerlos entre siete y tirarlos al suelo".

Los pacientes crónicos y los "primarios" gozan del beneficio de no tener que limpiar ni hacer colas para recibir su alimento.

Entre los participantes existen los "lúcidos", que son los más predispuestos a reunir, estimular y aceptar con mayor disposición lo que se les dice. Otros son llamados los "colaboradores" o "buenos limpiadores", pues son quienes asumen la tarea de movilizar y convencer a los renuentes para que ejecuten sus obligaciones.

El "mirón" es el indiferente con las reglas instituidas, elude responsabilidades o no cumple con las tareas propias del servicio. La participación del paciente en las reuniones no implica un lazo prolongado.

2. La reunión de teatro

El sonido de una campana pequeña, que toca un delegado, reforzado por la voz que repite, por ejemplo: "¡Señor Herrera, a la reunión [sonido largo de campana] al taller de teatro!", anuncia el inicio de la reunión de teatro. Los internados con interés en participar van llegando uno por uno, cargando sus respectivas sillas, desde los diferentes niveles del pabellón.

La reunión de teatro es por su ritmo y duración indeterminable; la posibilidad de prever el inicio o el final de la actividad está sujeta al azar, porque difiere una de otra, yendo de lo rutinario a lo participativo o viceversa. Una reunión puede acabar antes de tiempo, por deserción, o sumida en un lento patetismo.

La presencia de actividades simultáneas en la comunidad genera en los participantes la dispersión; por ello, cuando se efectúa la reunión de teatro, muchos ingresan y luego se retiran de la sala. Otras intromisiones en la reunión de teatro son provocadas por pacientes "primarios" de reciente ingreso que irrumpen y demandan la atención ("se roban todo el show").

El delegado o guía del grupo es, por lo general, un paciente que reúne ciertos atributos: solicita, dirige, moviliza, reclama para que los "otros" ejecuten o apoyen. Se convierte en un guía con "muñeca", que en toda situación comprometida deja sentir su punto de vista.

Por otra parte, existen formas propias de la microcultura hospitalaria, es decir, reglas grupales de cortesía: aplaudir tras el esfuerzo de un compañero

o cuando el acto expresivo que realiza un paciente impresiona y es del agrado del conjunto, y despedir la actividad estrechando la mano del coordinador. Este acto de despedida lo realiza uno por uno, avanzando en fila, de manera ordenada. Generalmente el grupo acepta la norma, aunque, en ocasiones, con su establecimiento también comienza la ruptura.

La dinámica comunicativa provoca entre los internados situaciones insólitas. Habrá quienes acaten las normas y quienes las desobedezcan, así como habrá internados que respondan y otras que permanezcan en absoluto silencio. Así, cuando un internado analiza sus actos manifiesta: "Ese día estaba lúcido hoy estoy apagado". La sensación de avance o recaída gobierna la expresión. El no poder fijar una secuencia de acciones es la evidencia de la presencia de un yo débil y de que las soluciones expresivas se impregnan del entorno hospitalario.

El papel del silencio resulta tan connotativo como el lugar de la expresión. Los pacientes silenciosos no expresan sus sensaciones; se sienten intrusos en el grupo. En un manicomio, la ausencia de sonido se acerca al terreno de la alienación y el autismo.

El compromiso con la tarea es infringido en múltiples ocasiones por diversas causas, como la deserción, los brotes o crisis de alguna enfermedad, los "bloqueos", etc. Sobre esto hay múltiples ejemplos. Uno usual es que el paciente opte por dormir en la sala durante la sesión de teatro porque las pastillas que consume para su tratamiento le dan sueño. Según el señor Vértiz: "Las pastillas nos tienen ahuesados".

Los pacientes que se interesan por el teatro dependen del tiempo libre disponible. Ya en la práctica, la actuación de uno y otro es diferente. Por ejemplo, el señor Alcalde actúa muy "suelto de huesos", casi sin ningún prejuicio. Por el contrario, el señor Quiroz dice que al actuar "se siente ridículo, se siente incómodo", a pesar de que al inicio mostrara cierto interés. Un posible factor de mortificación es la burla de los otros internados hacia quienes participan del teatro.

En la reunión se producen indistintamente manifestaciones de solidaridad como de desunión. Cuando un paciente es puesto a prueba muchos están dispuestos a asistirlo mediante el "soplo", aunque la ejecución de ciertos ejercicios provoca expresiones infantiles, gestos de todo tipo, bromas y tomaduras de pelo, como hacerse el niño malcriado, remedar al otro o reírse con insistencia de lo que se hace.

Un requisito del trabajo colectivo es que cuando se discuten los diferentes puntos de vista, los intercambios verbales deben excluir la violencia como forma de solución. La presión que ejerce el agrupamiento es destacable. Por ejemplo: Un paciente es observado marchándose del grupo en silencio, entonces el señor Penadillo interroga: "¿Adónde va?..., pida usted permiso".

Las fugas se vigilan y se rechazan para vergüenza de los disidentes. Luego, el agrupamiento le otorga a los renuentes una segunda oportunidad de reintegrarse.

En algunas ocasiones el "caos" se impone en el ambiente de reunión. En esa circunstancia los pacientes van y vienen, el delegado (persona que guía) exige orden, se opone a los intentos de banalizar y ordena el agrupamiento que se halla desintegrado. Entre los internados, la posibilidad de "evasión" de una actividad es deseada y al mismo tiempo contenida.

Para la "evasión", el internado recurre a diversas estrategias, para lo cual organiza su propia "ruta", siendo la táctica más frecuente de "evasión" quejarse de algún dolor: de muelas, cabeza o pies, o denunciar que es objeto de abuso por parte del personal. En un colectivo, donde se da un compromiso afectivo, el cansancio por los ejercicios realizados en la mañana es otro pretexto. Un recurso de corte distinto que supone elementos de diplomacia, también usado para las evasiones, es pedir permiso para ir al baño.

En el transcurso de las actividades muchas veces se presentan posiciones negativas, como el efectuar pequeñas alianzas con el objeto de rechazar la integración a un equipo de trabajo. Los sujetos que renuncian a la acción se disculpan diciendo: "En un manicomio jamás debes de forzar a hacer algo que no desee hacer a un enfermo". Por ello, los grupos se forman primero con los pacientes que se acercan a éste de manera espontánea.

Otro rasgo de la reunión de teatro es la recurrente desviación del tema principal. Así, por citar un caso, ha ocurrido que en plena reunión surge una discusión entre pacientes, motivada por la posesión de bienes escasos, como cigarrillos, por ejemplo. El hecho es provocado por la negativa a compartir las pertenencias, así, no invitar una pitada "caldea" a los sujetos, y, a continuación, el ambiente. Con frecuencia también ocurren peleas por la lealtad. Veamos el caso del señor Franchy: éste recrimina al señor Artaza por haberse tomado su desayuno. Cansado de oírlo, Artaza le contesta: "Pareces un disco rayado", dando prueba de ser un sujeto "endurecido".

En la reunión de teatro el modo de participación toma la forma de una propuesta de club: "... el principio de los clubs es la asociación libre de gentes que se interesan por las mismas cosas, contradicción, pues, de la alienación..."³.

La reunión de teatro es análoga al club; responde a un tipo de participación con múltiples y variados intereses, con interacción espontánea y sin directivas.

3 BAZIN, Herve. *El suburbio de la locura*, p. 86.

La reunión de teatro es un espacio de aprendizaje mutuo, con una coautoría grupal que procura lograr encuentros. Se intenta definir el teatro a través de los diversos aportes de los participantes (lo visto, lo actuado, lo oído).

Las respuestas de los pacientes internados acerca de lo que entienden por teatro constituyen la primera definición y la propuesta. Cada respuesta obedece a una distinta motivación. Así, existe un tipo de respuesta teatral que parte de una experiencia concreta como espectador. En cambio, otras respuestas son más personales que teatrales y le otorgan una instrumentalidad al teatro. Las repuestas que son más bien de tipo institucional se tratarán con detalle en el capítulo IV, acápite 2.

A continuación apreciaremos un caso:

Sr. Franchy

Había ido con mi madre a ver la obra de teatro *El tío Vania*, que era una obra difícil pero maravillosa.

Sr. Avia

Hace tiempo hice la obra *La Caperucita Roja* que salió bien bonita... [cuenta el tema de *La Bella Durmiente*].

Sr. Artaza

El teatro es una de las bellas artes, que tiene inspiración y talento...

Sr. Penadillo

Vi al grupo Yego en la UNI...

Sr. Durand

... (Pregunta por los café-teatro...)

Sr. Vértiz

El teatro es una máscara para afrontar las alegrías y tristezas que nos afligen. La usamos para salir airoso en determinadas circunstancias.

Sr. La Cerna

El teatro es aprender parlamentos.

Sr. Alcalde

He trabajado como muñeco E.T., animando fiestas infantiles; también estudié teatro en la Universidad Garcilaso, mi profesor ha sido Paul Martin.

Sr. Honorio

El teatro en sí es la representación de hechos cotidianos, semanales, mensuales, anuales o del siglo, faltándome mucho por decir quedo acá.

Sr. Ruiz:

Con esta cara no, hay que ser guapo para hacer teatro. Yo haría películas de terror. No, no te preocupes, en Honorio Delgado-Noguchi ya hice teatro.

Sr. Unzueta

Pienso que la clase de teatro es muy recomendable para realizarla porque es parte de la ocupación del tiempo de un ser humano y se relaja uno mismo.

Sr. Solano

Fundamental y elemental, nos ayuda a realizar nuestros talentos que guardamos en el subconsciente, escondemos virtudes, dones que tenemos.

Sr. Herrera

Teatro es una actividad de varones, cómo se organiza y desenvuelve la participación de hombre.

Definir el teatro de modo colectivo da como resultado una construcción con imágenes entrecruzadas, con participación plural e ideas disímiles; se amplía el sentido. Esto es lo opuesto a desplegar un mapa.

3. Principios corporales

El principio o base para participar de la reunión de teatro es compartir la experiencia a partir del pasado corporal del paciente participante. Así, el material constituye el registro sensorial y emotivo del cuerpo humano como aparato para el movimiento, como una unidad de la actividad oral y expresiva, pruebas de ello son: trotar en la mañana, las polichinelas o tijeras, los taquitos, los pasos a lo Michael Jackson, etc.

Un segundo grupo de ejercicios lo constituyen juegos que se realizan en parejas: las pegas, el caballito, el lingo y las carretillas. Otros lo están con la instrucción premilitar escolarizada, como las ranas y la marcha; también los hay asociados con órdenes de guardar: la columna, mantener distancia y obedecer al firmes y atención.

Muchos de los ejercicios propuestos se ligan a un contexto de castigo físico, por ejemplo las planchitas del Colegio "Leoncio Prado".

Durante la reunión se motiva el uso de los registros, con la propuesta de la pregunta: ¿Qué deporte han practicado?

Sr. Durand

Jugué fútbol en una Liga... recuerdo que luego de los partidos los dirigentes nos ponían el trago y las chicas para que las 'mojaran'...

Sr. Herrera:

Hice karate y pesas, soy admirador de Bruce Lee y actualmente enseño en un gimnasio.

Sr. Zúñiga

Hice el servicio militar en la Marina, además trabajo como cobrador de combi.

Sr. La Cerna

He practicado box en el gimnasio de Manuel Ronches. Allí hacía guantes con el campeón Rocco" (ahora le duele la cabeza casi todo el tiempo).

Sr. Villena

He tocado segunda guitarra en una orquesta chicha llamada "Azul"... bastantes cuchillos sacan en los bailes... Jaime Moreyra toca así... (se coloca la guitarra en la espalda y pulsa las cuerdas con los dedos).

En un inicio el colectivo busca elementos de una actividad conjunta, integrándose con pequeños gestos y acciones simples.

Las prácticas descritas a continuación son formas de activar el microcolectivo, posibilita el agruparse, pone el acento en el valor que representa la comunicación no verbal por encima de la expresión de las palabras.

Por analogía, el desplazamiento alude a la capacidad misma del interno para organizar sus rutas de evasión.

La sorpresa tiende a rescatar una capacidad de reaccionar ante algo que quedó olvidado; es un movimiento de la totalidad del cuerpo humano.

Finalmente, la imitación es el tránsito al juego de los dobles, al plano de las formas, como una demanda de la copia.

3.1 El desplazamiento

El andar, la forma en que ejecuta un movimiento intencional, puede decirnos qué clase de persona es. Así, mediante la acción de caminar se muestra cómo somos y cómo queremos ser; la posibilidad de exploración son los pies callosos, hinchados y algunos otros sucios. La forma propuesta es caminar dando pasos e ir comparando cómo lo hace tal o cual. De los pequeños detalles que se recogen se pone en evidencia que algunos caminan riéndose; exteriorizan lo cómico de la situación.

En otra circunstancia, al ejecutar la caminata con el grupo dispuesto en círculo se ingresa a confrontar: algunos bajan la vista al suelo o bloquean la expresión. Éste es un indicador de la presencia de la presión, la cual hace que no miren de frente, no refuerzan el contacto con la mirada sino que se ocultan en una expresión neutra-correctos. Durante la caminata la mirada que evade el suelo es tan importante como su intento de evadir.

Otra posibilidad es caminar como le parece a cada uno. Algunos, por ejemplo, son arrojados, agresivos. El señor. Quiroz, por ejemplo, copia con precisión mientras que el señor Zúñiga proyecta la imitación hacia un hombre

con “pana”: el técnico de enfermería Tuesta. Luego el mismo Zúñiga cambia y dice que mejor hace de “un cojo en rehabilitación”, luego añade: “es difícil, quizá no se rehabilite... es muy difícil y nunca se sabe”.

3.2 La sorpresa

La sorpresa o el asombro es una respuesta a la misma unidad teatral; surge al revelar un aspecto que, por permanecer oculto a los ojos de los otros, se convierte en un hallazgo casi mágico.

Complementaria al asombro es la acción-reacción, el estar alerta la persona frente a otra, es decir dos participantes llaman la atención del grupo.

El trabajo de los impulsos que movilizan frente a los otros es una primera reacción inesperada, recibida desde un estado de alerta. Así, por ejemplo, el señor Alegre dice: “¿Qué me miras, quieres bronca?”. Luego contesta el señor Unzueta: “No hermano, disculpa, no te voy a mirar, no hay que pelear”. Otra intervención que genera un momento de alegría y festejo es imitada por el resto de participantes cuando el señor Honorio dice: “Hola hermanón, ¿cómo estás?”.

En otra oportunidad se plantea realizar ejercicios de confianza, como tocarse. Este ejercicio es realizado en parejas (surge el pudor). Al señor La Cerna no le gusta que lo toquen, retrocede y dice: “Es mucho estímulo... no estamos acostumbrados a tocarnos, somos extraños”. El señor Herrera reacciona: “Somos hombres”. El grupo en conflicto discute una forma de solución aceptable: tocar al otro dentro del recinto y ante los ojos de los demás. El señor Herrera toca con fuerza al señor Tafur, que sólo permanece inmóvil. Esto motiva que todo el colectivo imite esa solución considerándola apropiada.

El acto de tocar es como cualquier otro mensaje que comunicamos y por ello provoca tantas reacciones negativas. Según la configuración de las personas, a veces, la gente se pone rígida y se siente incómoda cuando se la toca; se conoce que el acto de tocar, cuando se considera inadecuado a la índole de la relación, puede provocar reacciones agresivas.

Al contrario, en otra reunión se elabora una propuesta que es un ejercitarse en la pelea simulada, lo más cerca al golpe con una respuesta directamente proporcional en una relación de causa-efecto. El señor Franchy se abraza con el señor Artaza antes de empezar. El mismo ejercicio en otra pareja da otro resultado. El señor Avia simplemente lo cruza a golpes sin detenerse frente al señor Tafur, quien sin tiempo para reaccionar sólo atina a dar salto tras salto hacia atrás. Cuando el señor Zúñiga se cansa, el señor Tafur pregunta: “¿Ahora falta mi reacción?”. Entonces, el resto del colectivo ríe. Un mutuo motivo de asombro es la discontinuidad en las reacciones y expresiones producidas en la reunión de teatro.

3.3 *La imitación*

La imitación va desde copiar al líder, que supone la búsqueda de modelos de ejemplos, hasta el colectivo que copia el lado externo de los sujetos, las pausas, las energías, los movimientos y los sonidos, como por ejemplo realizar un eco de voces.

La imitación significa “ir de lo propio a lo común”. La comunicación para los internados resulta un reto. El señor Honorio dice: “Compenetrarnos es algo que falta aquí”. En las diversas sesiones la comunicación se asume como un valor necesario, pues falta contacto en las acciones y las reacciones de los otros.

Por ejemplo, se crea una acción única para que el conjunto de los demás pacientes la copien. Así, el señor Mattelini ejecuta el cortarse las uñas, pero le añade a la repetición de la acción el sonido de chasquear la lengua entre los dientes, una variable ruidosa que aumenta de intensidad. El señor Mattelini va diciendo si lo realiza bien o mal. Posteriormente, cuando el grupo cambia la acción, el creador del movimiento (Mattelini) no le da importancia y en todos los casos lo aprueba. Las variaciones son una forma de ingresar y compartir un mismo lenguaje corporal.

Lo recreativo crea en los participantes un lugar para el chiste. Así, el paciente traslada su vivir, la situación cotidiana, a un espacio de lo representado. Un caso es el chiste del micro: un paciente que no tiene para pasaje sube a un micro y pide una “jaladita”. Al rato el cobrador dice, “bajan en la avenida Larco”, a lo que el paciente contesta: “¡No, yo bajo en el Larco Herrera!”.

El jugar a imitar se relaciona también con el humor negro. El señor Herrera propone realizar una representación del batallón “Cobra” a fin de mes, donde cada orden que manda al resto debe ser acatada. El grupo acepta. Así, el señor Herrera grita: “Tú cósete ese botón; tú junta las piernas, ¿eres ‘estrecha’ o te falta marido?; tú cierra la boca: ¿te gusta chupar, ah!; tú cámbiame la mirada ah!, no me gusta como me miras o ¿quieres que te regale una foto mía calato?”.

3.4 *La vivencia gimnástica*

El colectivo de pacientes elabora un universo imaginario terapéutico que parte de variadas presuposiciones. De tal suerte, diversos puntos orgánicos guardan correlación con estímulos nerviosos; el cuerpo se moviliza según la memoria de los pacientes que desean ser conducidos de una práctica experimental del cuerpo a una magia oculta del cuerpo.

El paciente participante al elaborar con su cuerpo llega a regiones donde el nervio se disuelve por contigüidad al movimiento. Para el señor Unzueta

“mover el cuello relaja el cerebro”. Para el señor Zúñiga “ensayar caminadas da presencia”. Según el señor Vértiz “respirando profundamente se recupera el aire que se pierde fumando”, y para el señor Quiroz “sacudir el cuerpo es como un electroshock; me toco para ver si estoy completo”. Por su parte, el señor Franchy define su autocontacto en el contexto posterior a una visita médica.

El teatro colectivo muestra, tanto como canaliza, el deslumbramiento corporal y delata los disparates de la locura: “Esos son ejercicios para marcianos un día antes de morirse...”, expresa un paciente que accede por primera vez a la reunión de teatro.

3.5 *Los recursos espontáneos*

La acción teatral, además de recurrir a la distensión, el juego y la imitación libre, promueve la experimentación, porque uno de sus mecanismos creativos es la búsqueda de nuevas formas de expresión, recurriendo a la improvisación; así, permite que el teatro surja de la interpretación y de la imaginación de los actores.

El colectivo teatral realiza la búsqueda de un territorio que sitúa al cuerpo humano como el paradigma de lo no previsto. La improvisación permite que surjan elementos de la libre interpretación de los pacientes interactuantes. La actividad de la improvisación se sujeta a un compartir normas que emergen en la reunión de teatro.

Se debe señalar que, en ocasiones, el surgimiento del nexo comunicativo abusa del nivel instructivo, de tal forma que el colectivo modela al participante a costa de sus limitaciones, así, cuando un paciente se traba en una secuencia expresiva, el resto de participantes avanzan de la neutralidad a la reacción, que implica el involucrarse de modo acentuado pidiendo al otro que conteste tal o cual cosa: “...inspírate... con ganas... di algo... lo que te salga...”.

Revisemos un caso en que no existe una relación entre los dos participantes (cada uno escoge a su personaje). Con el tema de base de la Navidad se plantea una relación entre Herodes y un Duende. La situación que plantea cada participante como punto de inicio es la siguiente:

El señor Herrera elige a Herodes, su acción consiste en saludar al pueblo pero muy molesto porque viene un Rey a reemplazarlo. Cabe agregar que físicamente existe conexión entre la persona del paciente y la figura del personaje que se quiere transmitir.

El señor Mattelini elige al Duende. Está alegre porque va a repartir regalos a los niños pobres desamparados junto a Papá Noel. El paciente tiene rasgos físicos de adolescente y en su trato cercano se muestra desorientado.

Herodes

¿Tú qué haces?

Duende

¡A ti qué te importa!

Herodes

¡Hola!...

Duende

¿Es verdad que has mandado matar a los niños?

Herodes

¡Claro!

Duende

Pero, ¿por qué si esos niños son inocentes?

Herodes

(Cortando) ¡Miren esa estrella, sigámosla!

El texto refleja el intento sólo de uno de los participantes, de provocar una interacción de intercambio asimétrico e intentos fallidos de ponerse de acuerdo desde los personajes. Así, el Duende rehúye el acercamiento corporal con el otro personaje y dirige la relación por el reclamo. Mientras tanto Herodes, que inicia el diálogo, lo termina rehuyendo.

Cuando el paciente no desliga la figura del personaje de su persona, se produce un cierre al juego de representación y se sustituye por un contenido destructivo propio de la enfermedad.

Otra posibilidad es integrar relaciones comunicativas similares desde los personajes, como ocurre con Papá Noel y el Rey Melchor. La situación propuesta como punto de partida es entretenida para ambos. Por ejemplo, el señor Padilla antes de iniciar la improvisación no sabe cómo camina Papá Noel, y tampoco le sale la carcajada. Por su parte, el señor Durand pregunta si el Rey monta camello o caballo.

Papá Noel

Voy a llevar regalos a Belén.

Rey Melchor

Muy bien.

Papá Noel

Hola Melchor, ¿vas a visitar al niño?

Rey Melchor

Sí, voy a visitarlo.

Papá Noel

Llegó la Navidad, ¿llegas de tierras muy lejanas?

Rey Melchor

Así es, vengo a ver al niño.

Papá Noel

Pues guíate de la estrella.

Rey Melchor

Pues, está bien.

Papá Noel

¿Vas a visitar al niño? Ten cuidado con Herodes, quiere matar a muchos niños.

En este caso el Rey Melchor es tajante, e intenta excluirse de la comunicación. Mientras Papá Noel conecta el diálogo, se entrega a lo improvisado y facilita la asimilación del despistado.

La improvisación descubre los elementos que condicionan la representación y explora el territorio de la combinación, es decir, en ese momento de improvisación se elige qué signo sigue a qué signo. Tanto en el inicio y en el término del tema escogido se ejecuta un trabajo orgánico de selección.

Otras improvisaciones teatrales se caracterizan por recoger elementos espontáneos, porque adaptan recursos de su microcultura, y vivenciales, porque proyectan parte de su situación inmediata.

Veamos el caso que plantean los señores Villena y Tafur: dos amigos se reencuentran y uno de ellos le da un consejo al amigo que va por el mal camino: "Si triunfas, triunfarás. Si piensas que estás vencido lo estás". Aquí se evidencia una libre adaptación del poema de Christian Barnard.

Por su parte, los señores Franchy y Quiroz improvisan que se reencuentran y conversan de la vez en que se conocieron en el "Hermilio Valdizán". En ese momento, el grupo que observa les cree y aplaude.

Mientras tanto los señores Franchy y Artaza conversan: "Te vi en la playa con dos hembras y no pasaste la voz". Aquí se aborda el problema de no conseguir una chica con quien salir.

Otras improvisaciones colectivas que realizan los pacientes tratan de sucesos cotidianos:

- Llegan las enfermeras y les dan las pastillas.
- Un paciente del pabellón N° 20 que se escapó con Brenda, paciente del pabellón N° 7, quien por efectos de la fuga tiene hinchada la barriguita.
- El señor Osorio, técnico de enfermería, que hace echar lampa en la granja, no deja ir al baño y en el desayuno no da quáter.
- Elección de un(a) "Miss" en la víspera de la primavera (se elige a un paciente varón).

La improvisación permite al colectivo tomar conciencia de que la opción es crear un texto de tipo comunitario, que sea el encuentro de un horizonte de proyección, de una situación grupal y, asimismo, recoger la proyección de una instancia personal.

CAPÍTULO IV

La ceremonia institucional: El colectivo (de) sentido

En la comunidad terapéutica se celebran principalmente el Día de la Madre, el Día del Padre, las Fiestas Patrias y la Navidad. Éstas se han constituido también en ceremonias institucionales, que se celebran siempre un día viernes aunque no coincida con el día que marca el calendario.

A éstas se agregan otras ceremonias de carácter institucional como el Día de las Enfermeras, que se celebra en agosto; el aniversario de la Comunidad Terapéutica, en setiembre, coincidiendo con el mes de su fundación, y el Día de la Fundación del Hospital "Víctor Larco Herrera", en noviembre.

Se debe recalcar que en el presente estudio se describen los números actuados, preparados en las ceremonias institucionales y no las referentes a otros tipos de fiestas o celebraciones¹.

Antes del inicio de la ceremonia institucional, el personal ultima y supervisa la composición de los detalles con el fin de producir una buena impresión en los invitados. En especial se cuida que no se mezclen los invitados con los pacientes; para ello el personal planea una distribución topográfica del lugar donde se realizará la actuación. Al fondo, en el lugar más céntrico y visible se coloca la mesa de doble dimensión, donde se ubican las autoridades de la comunidad del pabellón N° 20 (psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y enfermeros y representantes de los familiares). El público, compuesto por cada familiar, se instala en sillas junto a algún paciente, o éste, acompañado de amigos, se ubica frente al estrado; dispersos por sectores se ubican en grupos pequeños los estudiantes de enfermería, y a un lado los pacientes que no recibieron a su visita por ser crónicos o indigentes.

1 Entre las fiestas que se celebran en la comunidad están: la yunza, de origen serrano, que se festeja en el mes de febrero; y los cumpleaños de los doctores del pabellón, que se celebran el día 19 de setiembre. Otras actividades que se realizan, como las picaronadas, cebichadas o anticuchadas, tienen como finalidad recaudar fondos pro obras de remodelación.

La ceremonias institucional, como se explicó, se celebra por tradición el día viernes, pues cada semana se realiza en este día la asamblea de la comunidad terapéutica del pabellón N° 20. Generalmente, los familiares de los pacientes se encuentran e intercambian expresiones de estima; se evalúa el curso de las tareas colectivas; los miembros en pleno se congregan para dar paso a los informes sucesivos de los departamentos de enfermería, asistentes sociales y delegados de los pacientes. También se otorgan los pases de salida por el fin de semana a aquellos pacientes que cumplieron de modo positivo su proceso de readaptación y que guardaron compostura en el transcurso de la semana. Para el paciente, poder pasar el fin de semana en casa de los padres o familiares es una recompensa. El permiso culmina en la mañana del día lunes cuando retorna la mayoría de pacientes para continuar con su tratamiento.

En la asamblea de la comunidad el paciente que hace uso de la palabra debe utilizar un tiempo corto para que todos puedan intervenir; para ello, el personal del pabellón se encarga de llamarles la atención, si es necesario.

El informe del delegado de teatro a la comunidad, constituida por familiares y personal, reporta los alcances de la actividad semanal, así se lee, por ejemplo, en un informe: "La experiencia que se ha iniciado se realiza con entusiasmo, obediencia y disciplina, porque ayuda a limar las asperezas y aporta una buena comunicación... porque en el taller había trabajo y amor...".

El discurso del paciente adquiere un peso institucional, pues la expresión del lema de la comunidad del pabellón N° 20 es "Trabajo y amor"². La repetición del lema es usual y es asumido por la comunidad.

Cuando se aproxima la fecha de una ceremonia institucional los preparativos se realizan con cierta anticipación. Así, desde el día miércoles se dan retoques de pintura y el jueves se hace limpieza general. Asimismo, el jueves es el día de recorte de cabello de los pacientes. El viernes, día de la función, los preparativos empiezan a las seis de la mañana; se baña y afeita a todos los pacientes y se verifica que tengan ropa limpia; sólo los considerados indigentes reciben uniformes limpios del stock del pabellón.

1. La ceremonia y los números

"Hola, he venido a ver la función de teatro, ¿puedo pasar?", le digo al internado que cuida la puerta del pabellón N° 20. Éste me mira con cara de sorpresa. "La que van a presentar hoy", le explico. "¿Fun-

2 El lema "Trabajo y amor" es equivalente a los que identifican a diversas comunidades terapéuticas, que buscan enviar un mensaje de contenido moralista desde su logotipo; es el caso de "Paz y Bien", "Centro Victoria" y "Nueva Juventud".

ción?, ¿qué función?", me pregunta", mientras yo veo a través de la puerta de rejas que los espectadores empiezan a instalarse en los asientos. "No va a haber", me responde resueltamente. Intento de otro modo: "¿Podría llamar al profesor de teatro?". "¿Al profesor?, ya se fue". Entonces me pregunto si debo salir por donde entré o esperar a que algún enfermero me vea y abra la puerta. De pronto aparece otro paciente. "Sal de acá, sal —le dice a su compañero— no le haga caso señorita está medio loco..."³.

El programa se inicia con los rigores de una institución estatal, es decir, con la entonación del Himno Nacional del Perú. A continuación siguen las palabras de los representantes de los departamentos y de los directivos de la comunidad, que procuran destacar la fecha. Generalmente se estila contar con la presencia de un presentador, el cual es integrante del personal, que anuncia animadamente cada uno de los números.

A continuación se presentan los números especiales preparados para la fecha. Es en ese momento cuando se da paso a la creatividad de los pacientes artistas del pabellón.

Previamente, el personal técnico los ha peinado y revisa que ninguno se haya ensuciado. Las estudiantes de enfermería ensayan los números preparados. Mientras, los familiares visten, adornan y dan los últimos retoques a sus protegidos; es común que en el trajín de los arreglos algún paciente sea disfrazado para que salga a actuar.

Los números que generalmente se presentan guardan relación con la fecha que se celebra; por ejemplo, las marchas en Fiestas Patrias y los retablos vivos en la Navidad. También los hay de fonomímica, entre otros. Hay pacientes que despliegan su talento literario recitando poemas alusivos a la fecha. Otros números son canciones: solos o dúos, y los temas de éstas pueden ser del recuerdo o románticas, como: *Mamarracho*, de Los Iracundos y *Puerto Montt*, de Los Ángeles Negros; *La carta*, de Lucha Reyes, y *El loco*, de José José⁴.

En los números cantados el paciente termina por transformar las estrofas o desafina; a quienes les toca actuar casi siempre olvidan párrafos del texto. Del mismo modo, los números de baile no son, por lo común, sincronizados.

3 NORIEGA, Maritza. "Teatro: La salvación por el arte". Suplemento del diario *Expreso*, 16 de enero de 1994, p. 18.

4 La letra de la canción *El loco*: "Si mi locura se fuera/ mi vida se acabaría porque al curar mi sentido/ tu recuerdo me mataría".

1.1 La actuación: el modelo del error

La reunión de teatro se inicia con la elección del tema que luego se va a desarrollar; en segundo término se va armando la secuencia de acciones expresivas, generando una estructura a partir del trabajo del colectivo teatral. Hay que tener en cuenta que durante el procedimiento éste permanece como un lugar abierto para la actuación de los pacientes; es el lugar para la fantasía, el juego, la imitación y las vivencias gimnásticas.

En el transcurso de las reuniones se van rotando e incorporando pacientes, y se configura el colectivo mediante los sucesivos encuentros teatrales. Entonces se reparte y ubica a cada participante en su rol o personaje. La participación teatral da forma y sentido al agrupamiento y se va preparando el texto en un proceso que también intenta solucionar problemas prácticos previos a la representación, como la decoración del escenario con el pintado de cartones, telas u objetos.

Para la conformación del colectivo teatral de la comunidad se debe tener presente que la posibilidad de agrupamiento permitido está regulado de acuerdo con el número de pacientes que existe en el pabellón; con el hecho de que excepcionalmente están todos presentes, pues unos desean más que otros formar parte de la reunión del teatro, y con que la institución restringe la locomoción del paciente según un horario establecido. Como afirma Gutkin: "Estructurar un grupo es más difícil que montar un espectáculo. Es importante crear un clima de trabajo donde todo el mundo esté dispuesto a aprender. Y en el cual sea posible rectificarse y probar otra vez..."⁵.

Lo importante para un grupo humano que construye sentido teatral es prepararse para la representación, cumplir el encargo de comunicar: "... lo más importante para una persona sea marginal o no, es encontrar la orientación del sentido dentro de la pieza..."⁶.

La conformación del colectivo se constituye por normas, creencias, signos y ritos propios, suficientes para fomentar la interacción y el libre flujo de ideas y proyectos grupales⁷.

La reunión de teatro dispuesta como un club de pacientes elabora una acción escénica donde comparten un pasado señalado por el conflicto extra-cotidiano (vía el desorden social la persona llega más allá de lo normal). Así, el colectivo reunido en una sala de la comunidad con el fin de representar, hace uso de su pasado subjetivo, tanto como la interacción actual. Esto es así a diferencia de lo que ocurre con un actor convencional, que dispone de un

5 GUTKIN, Adolfo. *El no autor*, p. 39.

6 LÓPEZ, Heriberto. *De la escena al teatro*, p. 33

7 ANZIEAU, Didier. *Dinámica de los pequeños grupos*, p. 28.

cuerpo humano aprestado para simular cualquier clase de movimiento, donde un rasgo cultural evidencia que un actor es capaz de superar una serie de automatismos o clichés, con la finalidad de aproximarse a la trayectoria del personaje representado, pudiendo sentir a muchos de éstos como partes de sí mismo. Por ende, se considera que el actor de talento es capaz de llorar de verdad en escena; además, debe respetar las reglas de un juego escénico y conocer la frontera que separa al actor de su doble (él mismo). Así, debe distinguir el horizonte de su personaje, distinto al de su propia persona.

En cambio, en el colectivo teatral la mayoría de participantes carece de experiencia como actor, autor o director. Entonces, por circunstancias del destino deben prepararse en el rol de actores. El colectivo teatral de pacientes realiza una actuación y un montaje afectados por los rasgos de su condición de paciente, e instala una ficción desde su ficción. Por ejemplo, el señor Vértiz reinterpreta la "Carta a Mariluna", donde se mezcla la ficción y la realidad; se cita lo mencionado a partir de la carta⁸: "Que de tanto estudiar se ha puesto mal... y si [él] mejora [ella] le corresponde, si no, no". Como resultado de la reinterpretación, el paciente incorpora datos propios a la relación representada por el personaje.

Un rasgo que resalta en la actuación del internado es el que recurre al discurso fragmentado, propio de los alienados, y que en su intento por representar papeles, desborda los subsiguientes compromisos que esa práctica demanda. Por tanto, la representación colectiva se reduce a este rasgo que sujeta a los individuos al caos y que presenta el signo de la voluntad del desequilibrio.

Como diría Michaux: "La perturbación mental no existiría sin la superabundancia de insignificantes desviaciones de la atención y de las desviaciones de la realidad y de las desviaciones de la autoridad. En esa multitud de microoperaciones que no afloran a la superficie, evasivas y destructivas, es donde se halla el punto de partida de los grandes dramas, de los grandes delirios de la locura. Y es ahí donde ésta persiste..."⁹.

El colectivo de sentido tiene en el texto comunitario una constante apelación a un saber basado en relaciones con la vida cotidiana. La identidad del "loco" o del "rayado" dice que "los locos tienen poca sangre, por eso están así" o que "a los locos les crece poco el pelo".

En el habla cotidiana, por ejemplo, a un Nuevo Sol se le llama "un loco", es decir que a una persona con un desequilibrio mental se le asigna un valor monetario equivalente a un Nuevo Sol. Por otro lado, decirle a alguien que es un "rayado" ocupa el lugar del desquiciado, y un "raya" es el policía, aquel

8 Ver otras dos versiones de la "Carta a Mariluna": Anexo I, texto 3, sketch 2.

9 MICHAUX, Henri. *Las grandes pruebas del espíritu*, p. 82.

que representa el sujeto de represión social. Ambas expresiones (valoraciones) atribuyen un riesgo que desborda a dichas figuras.

También en la actuación propiamente dicha hablar en jerga los relaja y oculta de las miradas institucionales. Lo mismo ocurre con el uso de un lenguaje "subterráneo", donde "cigarrillos con talco" es fumar una mezcla de tabaco y PBC (pasta básica de cocaína) y "manguear" es subir a pedir plata a los micros.

Para algunos participantes, la posibilidad de elegir por sí mismos a su personaje es bien recibido y se sienten cada vez más expresivos, mientras que para otros, el efectuar repeticiones en presencia de "terceros" constituye un último motivo de resentimiento y les suscita una mortificación contra la imagen del internado y un deseo de autoexcluirse del agrupamiento. Así el señor Honorio dice: "No me gusta el personaje, lo escogí para molestar... me veo ridículo, ya me cansé". Otros internados intentan controlar el grupo, como un deseo de moldear al otro o un deseo del paciente participante de individualizar el trabajo, por ejemplo, cuando la participación consiste en cantar en colectividad, intenta imitar a un león o a un burro.

La distensión tiene su contrapartida en los ribetes tortuosos provocados por la reunión de teatro cuando un paciente se siente negado para la actuación y es obligado a hacerlo. También existen los aislados y los que sufren, mientras otros evaden el trabajo, lanzan sus críticas o discuten sobre los pasajes de un texto "la poesía de las palabras" o la carencia de recursos (por ejemplo la falta del Niño para el pesebre del Nacimiento), de barbas postizas para los Reyes Magos y la de una actriz que realice el papel de la virgen María.

Cuando un actor se "bloquea" o desorienta porque no se identifica con el personaje, es preferible dejar que el propio avance del grupo movilice y haga trabajar al resto del grupo. Cabe señalar que el grupo sirve a sus miembros como un elemento de orientación, "posee su brújula", gradualmente se realiza la interacción del personaje, quien se integra al procedimiento grupal.

Para el colectivo teatral, el personaje es el modelo elegido porque reúne las posibles modalidades de carácter que se necesitan para alcanzar a proyectar al personaje, en comparación con los rasgos particulares de la persona entre los pacientes reunidos que no necesariamente presenta un matiz que ubique a los caracteres particulares.

El grupo alcanza madurez cuando puede retener una secuencia importante de acciones expresivas y luego llevarlas a una puesta en escena.

Existe en el pabellón una dualidad en el momento previo a la representación, entre el paciente que en el terreno de la disociación presenta sus desórdenes mentales, y el paciente que en el espacio del club representa un personaje.

Cuando la actuación es invadida por el dominio del desorden mental se da el caso que un actor "quede poseído por su personaje y pase del juego al

delirio para actuar en la vida tal como representaba en la escena"¹⁰. Así, por ejemplo, tanto los señores Zúñiga como Herrera podían actuar y actualizar su pasaje por las ordenanzas de las Fuerzas Armadas del Perú. Además, el paciente que actúa se identifica con las máscaras ubicadas en el exterior de los muros.

Este hecho hace evidente un rasgo similar entre el juego de actuar y la actuación como un delirio. Lo mismo que serviría de base para marcar una escisión entre la presencia de un personaje que fue desbordado por los caracteres alienatorios de la enfermedad puesta en escena.

El esfuerzo que efectúa el colectivo (de) sentido es doble, no sólo porque la representación no traslada su verosimilitud al personaje representado, sino, además, porque el personaje forma parte de otra microcultura contraria a la hospitalaria. Existe un desencuentro espacial entre la expresión corporal que es estática y de formas frías, y la expresión oral que necesita generar un sentido contradictorio a lo representado. Existe, pues, una pugna entre la posibilidad de representar un personaje y la negación a acceder a él, ante la inminente rigidez corporal¹¹.

La actuación colectiva de los pacientes, a través de su subvertir el orden, instala su propio orden representativo, el cual se caracteriza por la lenta traslación grupal, contratiempos y retardos para realizar las acciones al unísono; la variación evidente de los movimientos. Es decir, el colectivo (de) sentido actúa según un paradigma del error.

Otros rasgos de la representación del colectivo (de) sentido es la lucha entre no ser la persona o no parecer el personaje representado; ésta se traduce en el continuo ir de un cuerpo de formas frías que generan los personajes con signos débiles, visto desde la asociación del personaje alienado, de precaria permanencia y sucesiva variabilidad. En la óptica de la persona del paciente la rigidez corporal patentiza el aprendizaje institucional guiado por la confusión y el error.

Así, cuando en el colectivo uno de ellos renuncia a actuar, otro paciente participante vuelve a introyectar la personalidad del personaje ausente para recomponer el fragmento del texto y para que el colectivo (de) sentido asuma transitoriamente la forma perdida, sólo que ahora estará sujeto a las enmiendas y variantes que se recogen y amoldan de acuerdo con el nuevo centro de equilibrio.

10 MANNONI, Octave. *La otra escena*, p. 228.

11 ANDREOLI, V. *Lenguaje gráfico de la locura*, p. 42: Las señales típicas de la manera esquizofrénica son: la asimetría, lo fragmentario y el horror al vacío, es decir, la tendencia a llenarlo todo. Además, las formas de origen automático, la estilización de rasgos simple y lineal. No hay preocupación por construir un conjunto, por organizar, sin tener en cuenta el arte de la composición.

Cuando al grupo le toca reemplazar la ausencia de uno de los personajes individuales de la obra, efectúa una búsqueda cercana a la identidad "ausente". Así, según lo observado, el señor Padilla reemplaza al señor Quiroz en el personaje del pastor en la representación navideña: Bienvenido Niño Jesús (anexo I, texto 1); el señor Tafur reemplaza al señor Zúñiga en el número de los clowns (anexo I, texto 2) y el señor Vértiz reemplaza al señor Alegre en el papel de Lucho en *La carta a Mariluna* (anexo I, texto 3, sketch 2).

Ciertos patrones corporales de grupo se relacionan con un carácter recurrente en el manejo del espacio-tiempo de la representación. Son las formas inconscientemente reiteradas que componen el agrupamiento:

- El círculo lleva a una mirada global (el estar todos presentes), mientras que la fila otorga la noción de espera (la sumisión). En la reunión en círculo y tomados de la mano, aunque se trate de un número variable de pacientes que entran y salen, ésta es una forma importante para el control grupal, porque el colectivo conserva la más amplia visión de todos.
- La fila india, con un guía ubicado en el extremo, que los integra y ordena, dando pasos cortos. Es una situación de aproximación, pues muchos están acostumbrados a hacer filas y responden a ello como robots. Hay que tener en cuenta que en el pabellón se hace "cola" para recibir los alimentos y medicinas.

1.2 El público comunitario

Para el público comunitario la función implica compartir con el colectivo de pacientes el síntoma, el error y la subjetividad.

Estos elementos son parte de la composición de la obra y se observan articulando un doble mensaje con la representación escénica, como rasgos anejos a los mensajes y susceptibles de capturar desde la posición del espectador que observa al colectivo de sentido.

Cuando empieza la obra, el tiempo real se suspende para dejar su lugar a un tiempo ficticio, instalado en la convención escénica. El público comunitario es particularmente benévolo al evaluar la producción del colectivo teatral; al mismo tiempo es tolerante con las fallas y generoso con los aplausos. Aunque la convención del espectáculo permanece en la oscuridad (porque no se sabe en qué momento el acto ya ha terminado), el público a veces aplaude antes de tiempo y en otras se retarda.

Otra convención del receptor comunitario en la actuación de los pacientes sin experiencia escénica obliga a disculpar cualquier error. Porque tanto para el personal de la institución como para el público "si todo sale perfecto se evidenciaría que ya están sanos".

El público comunitario considera que el grupo de teatro destaca del resto de pacientes, es decir, son reconocidos como pacientes que se “exhiben” por una búsqueda de reconocimiento. El público presente ante esa disyuntiva “lo aplaude todo”, máxime si se entiende que lo presentado es una función de novatos. Los familiares y aquellos que constituyen el público comunitario también participan de la actuación desde su posición estática y reaccionan frente a lo representado a través de murmuraciones. Algunos pacientes espectadores al no oír o poner interés en el foco escénico se aproximan al borde mismo del escenario (límite entre el ver y actuar).

La actuación del colectivo se somete a una censura previa a la ceremonia; esto es sólo parcialmente visible. Para salvaguardar la imagen institucional, el personal limita la expresión de los pacientes que no intervienen en la actuación. Los miembros del colectivo tienen que medir los ademanes o palabras “chocantes”, que son contrarias al buen gusto o a los fines de la comunidad. La percepción del personal se resiente ante algún asomo de rebeldía o contra la imitación que ridiculice la imagen del técnico de enfermería.

Mientras los pacientes interpretan, el público se mantiene pasivo. Se cuida de juzgar en voz alta si una representación ha sido poco espontánea o sobreactuada. De igual modo, es generoso y aprueba con el aplauso como signo de que se involucra en la trama representada.

Al final de la función, el público –en términos cordiales– sube al estrado y habla a través del micrófono a toda la comunidad, para testimoniar su afecto. En ocasiones lo hacen todos los asistentes. Para culminar los pacientes, personal y familiares bailan en el escenario como fin de fiesta.

Algunos pacientes (no tan “pacientes”) rompen el orden del programa desplegando números espontáneos. En otras oportunidades se culmina con un número no planeado; puede ser el familiar de un paciente que muestra sus dotes artísticas o un baile improvisado de un internado que saca a bailar a la enfermera de su preferencia.

El teatro es un territorio donde los resultados objetivos se alcanzan a transmitir y desarrollar, pero la solución muere y desaparece con el actor, mientras que el espectador percibe como signos objetivos las acciones articuladas del actor, que son el resultado de un trabajo subjetivo. El actor es la matriz de sus acciones y al mismo tiempo es quien las estructura en signos objetivos, cuyo origen se encuentra en su subjetividad.

1.3 Relación actor-público: escena estratégica

La representación escénica tiene lugar en el patio de la Comunidad Terapéutica del Pabellón N° 20. La ubicación del público-actores en el patio es la siguiente: los familiares se disponen frente al estrado, donde se encuen-

tra el micrófono y la mesa de los representantes de la comunidad, que dan la cara al público y observa la espalda de los actores.

La autoridad sentada en la mesa sobre el estrado tiene una visión privilegiada, tanto de los números que representan los pacientes como de la reacción de los familiares, es decir, se desenvuelve en un espacio que le permite una interacción estratégica.

Este detalle de la representación constituye un rasgo a destacar por el hecho de que el actor se sabe observado/vigilado, sin posibilidad de medir la reacción de quien observa su actuación, detrás de la cual se puede apreciar la ideología del Panóptico¹², o sea, "el ver sin ser visto".

Así, en esta disposición, el actor mantiene expuesto el frente, pero descuidada la espalda dejando sólo los perfiles como puntos descubiertos de contacto con el público.

El paciente que está representando en el escenario tiene que luchar contra una particular convención, que no responde a los cánones tradicionales de escenario¹³.

1.4 La temática desarrollada

El texto que se representa en la ceremonia institucional responde a elementos propios de una microcultura hospitalaria suburbana. Es decir, se sitúa en el encuentro de un horizonte de la instancia institucional mediado por el agrupamiento que recoge la proyección vía una situación personal desde el personaje representado.

El colectivo (de) sentido propone al espectador comunitario compartir su subjetividad, recreando un universo normal. El texto, desde el lugar proscrito (manicomio), es un intento por jugar a compartir e insertarse en el quehacer cotidiano de las figuras y personajes normales: San Martín, Papá Noel.

El conjunto de pacientes elabora su propuesta teatral en base a asociaciones, imágenes y percepciones; no es un teatro tradicional, sino una temática que gira en torno a la comunidad. Los temas, al ser incorporados a la institución de salud mental vía la reunión de teatro, cobran un carácter netamente institucional, es decir, se programan para ser representados en la ceremonia institucional.

Los ejes o núcleos temáticos que se reiteran son:

12 BENTHAM. *Postscript to the Panopticon*, 1791. Citado por M. Foucault en *Vigilar y castigar*, p. 11.

13 Los escenarios en Occidente se presentan en forma de escenario tradicional o frontal; la forma de vanguardia es la circular.

- Las instituciones.- Los retablillos de Navidad, la proclamación de la Independencia y el sargento del batallón. El teatro organiza una exteriorización colectiva de asociaciones acordes con las particulares ceremonias de la institución.
- La consulta médica.- Representa al paciente muy identificado corporal y verbalmente con su propia realidad; es una caricatura del médico y de relaciones con el personal que no siempre ayuda, que se muestra agresivo. El personal es visto como un posible sujeto de locura. Por ejemplo, en un día en el pabellón N° 20 se dramatiza la estructura de relaciones binarias del hospital, al mismo tiempo se burla de los miembros de la comunidad terapéutica.
- El amor.- Los problemas del corazón, la imposibilidad de conseguir una pareja, el peligro de contraer una enfermedad en las relaciones sexuales o el cuidado en el control de la natalidad.

El formato que asume la actuación teatral es la pieza corta (*sketch*) que hace uso de la caricatura de personajes y crea situaciones con la intención de provocar la risa mediante el lenguaje y los defectos. La broma fuera de libreto y el recurso de improvisar o narrar un chiste, tiene la doble finalidad de hacer agradable el ambiente y además procura crear un acercamiento entre los miembros de la comunidad.

Muchas de las bromas recurren al efecto del doble sentido, también el chiste "colorado" con alusiones sexuales.

El colectivo teatral también refleja la ausencia y las carencias de sí mismos, que son representadas en sus textos escénicos. Incluso en medio de bromas, ciertas representaciones colectivas se generan en una inconformidad con la institución de salud mental.

2. Discusión: reacción posterior a la actuación

Los puntos que se registran a continuación corresponden a distintos momentos de la práctica comunicativa del colectivo teatral: el primer registro corresponde al inicio de la reunión de teatro, el segundo a la práctica de los principios corporales y el tercero constituye la culminación, las reacciones posteriores a la actuación en la ceremonia institucional.

- La circunstancia registrada después de la reunión de teatro recoge el producto de un intercambio verbal que fija lo visto y sentido por el trabajo; podría servir como un espejo para recoger el rumbo del colectivo. (Es posible cotejar estas respuestas con las que se han dado al inicio de la actividad teatral presentadas en el capítulo 3, acápite 2, "La reunión de teatro").

Las respuestas se vinculan directamente con la necesidad de expresión del juego y la fantasía y con la necesidad de identificación con la tarea misma.

Señor Honorio

Transformación y metamorfosis perfecta, todo ha salido a flor.

Señor Herrera

La actividad del teatro es importante porque enseña el comportamiento humano, es válvula de escape.

Señor Penadillo

Rotar roles...

El colectivo de sentido recurre al uso de frases hechas, añadiéndole a la reunión de teatro expresiones estereotipadas destinadas a actividades terapéuticas. El colectivo produce una imagen grupal satisfactoria, la cual se inserta en el discurso homogéneo de la institución estatal.

Señor Quiroz

Terapia psicológica para recrear el ánimo.

Señor Franchy

Para conocerse más directamente con la gente que uno para.

Señor Villena

Para sentirse bien.

Señor Avia

Una manera de entrenar el teatro acciones, movimiento, relajamiento, tranquilidad emocional y física.

Señor Franchy

Dominio de sí mismo, corrige la conducta y la rehabilitación física y mental... en el teatro no existe el maltrato que se sufre de parte del personal.

Señor La Cerna

Enseñanza terapéutica para la recuperación de los pacientes.

Las respuestas del paciente participante resultan inesperadas, porque no encajan con lo corrientemente realizado; se dice lo que no se hizo y lo que se hizo no se dice.

El despliegue terapéutico sobre toda actividad conduce al colectivo. Su pensamiento tiene concordancia con un mapa cognitivo donde la reunión de teatro es un punto de anclaje del horario de las actividades terapéuticas.

- Un segundo momento de reacciones se suscita a la mitad del procedimiento, cuando la actividad se despliega. En otra circunstancia, alrededor de la recepción se observa la incorporación de una figura del otro (entorno y grupos) como eje regulador necesario para la

conformación del grupo. El siguiente diálogo registra la circunstancia en que emerge la figura del otro.

Señor Vértiz

Aprendimos (usted nos ha enseñado) a relajarnos creo que todos deberían de participar.

Señor Quiroz

Los pacientes están obligados a hacer teatro.

Señor La Cerna

Se necesita interés y buena voluntad para participar.

Señor Tafur

Todos deben opinar y participar.

Señor Zúñiga

El que quiera que se vaya para poder hacer buen teatro.

Señor Franchy

Irse es una forma de renovarse, quedarse es sapiencia... porque lo que se hace es para el manejo de la propia persona, relajación e integración de equipo. Se busca un orden representativo. El teatro es terapia de participación de la persona de manera física y psíquica, es un trabajo de la mente donde incluso se hace dinámica de diálogo y oratoria.

- Un tercer momento lo constituyen las reacciones posteriores a la actuación, donde los actores pacientes se emocionan cuando algo pasa. Si no les interesa se duermen en las bancas de la sala. Opiniones de los pacientes:

Señor Alcalde

Tranquilo.

Señor Solano

Nos ayuda a desarrollar nuestros talentos. El teatro genera asombro en el pabellón los días posteriores a una actuación (del colectivo de pacientes). Preguntan ¿cómo lo haces? ¡qué bonito! Se te desconoce.

Señor Tafur

Antes se hacían obras malas... pero en la función se mejoró, había alegría.

Señor Villena

No me sentía nervioso, salió bien, había practicado bastante tiempo.



CAPÍTULO V

Análisis de la comunicación teatral

En esta sección se analiza el fenómeno de la comunicación teatral en la comunidad terapéutica del pabellón N° 20. Con tal fin, se presenta por separado cada una de las variables de la interacción teatral: primero, el lugar del colectivo teatral de pacientes; segundo, la participación del público y su ubicación estratégica; tercero, el texto escénico como recreación de las relaciones en la estructura binaria (personal/paciente).

1. De la institución al colectivo (de) sentido

La fase formativa en el grupo se plantea como una matriz que otorga al individuo la posibilidad de ser, de renacer mediante el grupo, como algo dinámico, porque es posible que el grupo en formación se desprenda de la serie¹ o de otros grupos, algo en curso (en movimiento) con relaciones dialécticas de interioridad entre las partes. El grupo corre permanentemente el riesgo de retornar a su estado original: la serie.

Los miembros del grupo en fusión, antes de llegar a la etapa de formación, pasan por tres determinadas experiencias que hacen posible el paso de la serie al grupo:

- a) El interés común de los miembros del grupo, unido al descubrimiento de la interdependencia necesaria para alcanzar sus metas. El conocimiento mutuo provoca un factor poderoso para que se convierta en un lema como: "la unión hace la fuerza". La comunicación que establece el seno del grupo en formación es de interacciones satis-

1 SARTRE, Jean Paul. *Crítica de la razón dialéctica*, citado por R. Lourau en *Análisis institucional* p. 284.

factorias. Esta sería la visión del grupo como una matriz de solidaridad y plenitud.

- b) El paso a las comunicaciones da por resultado concitar el interés de los miembros, entonces se pasa de las comunicaciones indirectas (propias de quienes recién se conocen) a las comunicaciones con retorno y a la retroalimentación, como el ser "uña y carne" con otra persona.
- c) La existencia en la sociedad global de grupos que defiendan activamente intereses contrapuestos y antagónicos, incitando de manera implícita a disputar con ellos, el factor es entre "las manchas", "las colleras", "las barras".

El grupo utiliza la presencia del "otro" como agente transformador de la acción despersonalizada en la acción común, lo cual se entiende como una praxis que extrae a los sujetos del agrupamiento y los hace inventar soluciones nuevas.

El colectivo teatral de pacientes afronta el procedimiento de agrupamiento que lucha por su permanencia institucional como colectivo de sentido: surgimiento, representación y disolución, al término del cual se restaura hacia los sujetos a los otros agrupamientos (o la serie).

Según lo antes señalado, la reunión de teatro activa necesidades de reporte entre los miembros, planteando funciones de comunicación como el contacto táctil, la necesidad de ruido, palabra e imitación. De ese modo, el grupo entabla la presencia de los sujetos desde su dispersión original, para culminar, tan pronto el hecho teatral finaliza, cuando se restituye la serie.

La institución programa la serie otorgando a los sujetos una nueva oportunidad para que se reintegren a la vida de grupo social. El conjunto de internados se muestra como inadaptado y desligado de la vida social, en la medida en que la sociedad no establece vínculos con ellos y más bien los estigmatiza. Así, son asignados a organismos de salud mental donde se configuran en una organización de relaciones complejas.

La dinámica institucional agrupa a los internados para prepararlos e incorporarlos en la norma de la institución por la aplicación de ajustes primarios. Así, la institución configura la imagen del internado de acuerdo con las particulares relaciones de poder; es decir, impide que se generen asomos de rebeldía. Más bien, se podría entender al internado como un "antirrevolucionario" porque siendo capturado en el patriarcalismo de la institución que lo cobija, renuncia a intentar una transformación del medio que lo serializa para dirigir su autodestrucción.

En el medio ambiente de la institución de salud mental existe una resistencia a consentir un clima de libertad de grupo, dando prioridad a la preparación con miras al posterior egreso de los pacientes.

Se puede establecer la distancia que crea la actividad teatral frente a la terapia psicodramática, donde:

- a) El trabajo teatral se efectúa vía un colectivo (que busca divertir y divertirse), frente a la terapia que se elabora preferentemente con una persona (mediante pruebas y pronósticos). En general, en la terapia institucionalizada se limita la formación de grupos.
- b) El teatro explora los contenidos latentes o manifiestos. El teatro trabaja sobre la presencia corporal y contenidos actuales. Frente a la terapia que moviliza el conflicto pretérito, la terapia recupera aquello que está reprimido.

El común denominador de la terapia institucionalizada es replantear la imagen distorsionada del internado y reconstruirla en concordancia con una imagen con positivo consenso social. Pero, la microcultura hospitalaria no considera el mundo externo que estigmatiza y prejuzga a las personas egresadas de una institución de salud mental. Crea un espiral inobjetable que reinstala constantemente a los sujetos en la reclusión celular.

La teatralidad del colectivo de pacientes que organiza la comunidad terapéutica del pabellón N° 20 toma variadas opciones. Así, los pacientes se movilizan en concordancia con el quehacer de la terapia. Cuando el grupo opta por reafirmarse en la terapia crea una ilusión de continuidad, donde redefine el teatro y desaloja del ámbito del gesto y movimiento todo elemento oscuro e inexplicable. Ése es el papel de la vivencia gimnástica, hacer de la conducta corporal un programa narrativo virtual donde cada acción es un signo de salud. En cambio, el recurso espontáneo libera la expresión.

El colectivo teatral de pacientes reconquista del entorno un territorio señalado por la dispersión seriada para constituirse como un colectivo con un saber propio: el de la palabra y el cuerpo como vehículos de conexión comunicativa. Así, la acción teatral rompe con el marco de los establecimientos institucionales. Para algunos internados asistir a la reunión de teatro significa una ruptura con las crisis de aburrimiento.

El colectivo (de) sentido fija en el curso de sus acciones expresivas la posibilidad de reencontrar los límites de su cuerpo (la recreación del cuerpo o del gesto) y se afirma en el propio centro corporal y en la energía común.

En la actuación, el carácter gracioso de los pequeños números de los payasos se remite, en su referencialidad, a zonas orgánicas: la barriga, el trasero, los ojos: "... ¿Sabías tú que me he comido cinco sandías?", "¿sabías tú que me he comido una piedra de este tamaño?", "¿sabías tú que tengo el corazón en el estómago?... " (anexo I, texto 2).

Según el texto de los clowns, los personajes Rocotito (el vivo) y Manzanita (el tonto) se sitúan y comportan como dos cómicos ambulantes extraídos de los barrios marginales de Lima. El efecto cómico surge del disparate bien

visto, efecto de humor ordinario que recrea el universo oral de la calle; el público adquiere una participación: generando expectativa, riendo de la ocurrencia y cayendo en el asombro. Los personajes exploran su posibilidad cómica, participando a dúo: Manzanita, el de apariencia ingenua da la contraparte humorística. Rocotito finalmente se venga de las bromas que le hace el malcriado. En dicho texto se puede ver los tipos básicos de los cómicos: el astuto y el ingenuo.

La existencia de pacientes y actores-pacientes en la comunidad responde a la presencia de una necesidad comunicativa de crear, imitar y representar ante los prójimos que fungen de espectadores brindando testimonios cercanos a los usos de los ritos (anexo I, texto 3, sketch 4: El doctor y su paciente) y de las rutas (anexo I, texto 3, sketch 1: El micro). El actor de ese universo terapéutico desdobla su vida, tiene que ofrecer al "otro loco" su juego, aspira a ocupar el lugar del hombre sano que emite un mensaje. En este sentido el actor de la comunidad participa en una experiencia de conciencia desgraciada, porque siendo un paciente debe entretener a otros pacientes que probablemente estén peor que él.

El colectivo de teatro proyecta sus movimientos desde la variación de lo pactado (el modelo del error), incursiona en una dinámica de generar expectativa a partir de la ruptura, donde juega con aletargar el tiempo, la variación de la acción pactada y el suspenso.

La expresión del error en la actuación se interpone creando las pistas para que emerjan los rasgos de la enfermedad que se interponen en la actuación como una característica de expresión. Esto se puede ver como un lenguaje de la locura que impone su permanencia en la sociedad, abriendo una vía a momentáneas alienaciones. En la actuación que sigue el modelo del error por pasajes, la actuación fragmenta los límites de lo comprensible (verosímil) y del delirio (el error), "... el teatro de la angustia humana en reacción contra el destino. Es el teatro de la rebeldía humana que no acepta la ley del destino..."².

En el colectivo teatral de pacientes se otorga un lugar a la locura. Al suceder una ruptura en la convención del texto escénico, la transacción de los actores queda sin efecto, se afirma en el acto una exacerbación de la locura, seguida por un instante de pánico, donde el rechazo y la enmienda se presentan como un intento del sistema instituido de salvaguardar la permanencia de las normas microsociales.

A través del modelo del error, el cuerpo colectivo prolonga en la institución un espacio propio. Este intento del colectivo teatral, reafirma la actuación como su conciencia desgraciada, puesto que su retornar a un lenguaje o al ha-

2 ARTAUD, Antonin. *Mensajes revolucionarios*, p. 63.

cer crítica de cambio resulta, frente a la institución, una representación a nivel físico, un intento insuficiente de modificar la estructura de relaciones de poder, porque la institución no da visto bueno a su expresión con elementos de error y, más bien, adecúa a los sujetos para que desistan de llevar a cabo la demanda.

2. El público comunitario y la actuación del colectivo

La participación del colectivo de sentido en la ceremonia institucional es esencialmente una exhibición social; es la ceremonia de la "casa abierta"³ o de "puertas abiertas", la cual se produce cuando la institución muestra sus logros. Por esa misma razón, el control sobre los movimientos es intensivo. El personal evalúa, chequea, sanciona y juzga; también lo hace el público que topográficamente establece su participación. El esfuerzo colectivo de pacientes se orienta a la recreación mediante su aparato expresivo y motriz. La ceremonia institucional aproxima el número de teatro según la perspectiva institucional que ve esa actividad como un reintegro a la vida social.

La comunicación teatral en la comunidad terapéutica establece una contradictoria visión del público comunitario y el comportamiento que esperan los espectadores del actor-paciente. Así, el público de la comunidad trasciende de modo singular el foco de interés tanto en el actor-paciente como en el personaje comunitario, "... se va al teatro para ver representar, y que en los espectadores haya identificación con el actor como actor y a la vez con el personaje, en una combinación original que es privativa del teatro, y que no se presenta en otras formas de espectáculo..."⁴.

Para el caso de la comunidad terapéutica, el actor centra su práctica en el manejo de los dobles, se prepara para transformarse en un personaje con miras a representar en la función institucional. Mientras, el público que observa la *performance* del actor, despliega la óptica del mapa, desligando su percepción de la trama contempla lo representado sin compenetrarse con la identidad del personaje creado.

El público teatral desde el principio niega validez extraescénica a la representación; "estar actuando" o "hacer teatro" son sinónimos de intentos infructuosos por resolver el presente con recursos histriónicos. El público fija su atención en las formas externas de exhibición, como el síntoma, y retira su atención de la capacidad para identificarse con el personaje evocado. Para el personal institucional una sobreestructura perceptiva (mapeo) descalifica la

3 GOFFMAN, Erving. *Internados*, p. 107.

4 MANNONI, Octave. *La otra escena*, p. 228.

transformación del loco, el estar “con los chicotes cruzados”, es considerado un acto insano.

El parentesco entre el actor que organiza sus acciones con el loco que transgrede el lenguaje, radica en que ambos intentan apropiarse de la realidad como de una mentira. Para el loco manejar el lenguaje lo lleva a renunciar a los límites espacial o temporal. Para el actor que organiza la búsqueda del personaje existe la acción teatral no moderada, sino como una exageración de lo verdadero.

La visión del espectador comunitario se instala con una sobrepercepción del actuar del paciente, desde la observación de la pequeña actuación colectiva, a partir de juzgar tanto los signos como los síntomas, desde la postura de la terapia. Por ende, cada gesto del actor-paciente resulta una comprobación de la mejoría o una evidencia de recaída, en una línea que conecta el postrarse con sanarse. Así, mientras al actuar el internado se instala en la ficción, el espectador comunitario se distancia de lo narrado, para emitir un juicio cuasi clínico (persona sana/persona enferma).

El público envuelto en la contradicción: no es la persona (no parece el personaje), y otra posible variante: se siente sano (actúa como enfermo). Remite al espectador a cotejar un mapa, el cual no impide la respuesta como espectador de la actuación; pero, esta respuesta se aleja del uso convencional, el aplauso, o sea la respuesta que retribuye una gratificación y un estímulo. Más bien, en la comunicación teatral del pabellón, la respuesta se sitúa en lo paradójico, pues en todo caso el aplauso del público no es recíproco y contradice el contexto del error que lo precede.

Otro elemento de la interacción teatral es la repartición del espacio. Surge la constante de la mesa de comunidad como un elemento del montaje de la ceremonia. Así, la mesa tiene la posibilidad de seguir la acción y de supervisar la actuación con modelo del error y auscultar cualquier desliz que los actores de la representación pudiesen cometer.

La ubicación estratégica de la mesa del personal frente a la exposición del desorden colectivo configura la topografía del entorno de la ceremonia institucional y afecta los datos sobre las relaciones de los interactuantes, coloca el colectivo de sentido en una ubicación contradictoria, fragmentada, evasiva, que confiere a la comunicación teatral rasgos paradójicos y patológicos.

La institución de salud mental crea presión por dar de alta a los sujetos, esto se transfiere a lo representado en la ceremonia institucional. El actor-paciente, componente del colectivo de representación, aspira trascender el *status* de enfermo y ubicarse en el lugar del sano. La ceremonia institucional se vincula a la aplicación del juicio médico con sanción positiva, el ser dado de alta; pero, a esta posición trasciende tanto el personal como los familiares, quienes a través de lo actuado proyectan personalmente un diagnóstico.

Por otro lado, el contexto en que se desenvuelve la representación es la del actor-paciente que representa tanto para sí mismo, sirviéndose de una válvula de escape de las preparaciones institucionales, como para conformar a su medio institucional que le pide destacar ejerciendo presión frente a los sujetos preparados para egresar.

3. La comunidad terapéutica y el texto del colectivo

En este nivel de reflexión la experiencia se centra en la relación imaginaria del individuo que representa. Una opinión es que la esencia de la actuación es un juego en el cual el individuo que teatraliza no se compromete. Así, para la persona, representar es distanciarse de sí misma y dar paso a su capacidad de exhibirse, "... en el teatro los papeles se dan por lo que son, y ni los actores, ni los autores comprometen de sí mismos en esos papeles más que su imaginación como tal..."⁵.

Una propuesta distinta involucra conscientemente al sujeto del colectivo, que representa, con el mundo que habita. A partir de la representación se toma préstamos de la realidad tendiendo a transformar el espacio de la actividad. Según esta posición, el cuerpo colectivo que genera sentido teatral recoge la dinámica como una voluntad de prolongar su mensaje al mundo. Así, el contenido responde a algunas esencias de la realidad vivida, "... la representación define siempre un tormento..."⁶, porque la selección de materiales que elabora un grupo humano se construye con un aspecto de la existencia que de ese modo se hace transmisible. Así, tanto el actor de teatro como el loco que teatraliza no niega su mundo, sino que realiza un trabajo sobre la fantasía y algunas porciones de la realidad.

El conjunto de pacientes enlazado en la reunión de teatro y puesto a escenificar intenta interpretar sus actos y los del otro, conduciéndose hacia el saber: ¿Qué es el teatro?, ¿representar locuras? El resultado del teatro colectivo es el producto de un grupo que tras los muros hospitalarios manifiesta su visión del pasado, presente y futuro; así, se tiene el retrato de los contenidos latentes de la situación vivida en la estancia hospitalaria. Por ejemplo, el pequeño número "El doctor y su paciente", con el tema del ritual confesional de la consulta psiquiátrica, donde el loco accede a la felicidad al recibir la noticia de su alta médica (véase anexo I, texto 3, sketch 4). En la representación de un doctor y un paciente se refleja el sistema de ajustes de la institución. Indica las pautas de los quehaceres de los pacientes, modificando las expectativas de los

5 MANNONI, Octave. Op.cit., p. 227.

6 DUVIGNAUD, Jean. *Espectáculo y sociedad*, p. 13.

internados, al punto de que al realizar el acto teatral inyectan componentes del acto terapéutico. Además, el teatro permite al paciente hacer uso de un lenguaje alternativo, con el propósito de examinar y reordenar su visión confusa, sirviéndose del teatro para tomar conciencia del significado de sus acciones actuales.

El teatro de la locura, así como el teatro de la enfermedad de la peste (ver capítulo II-1, El teatro y la enfermedad), es contraria al orden. El espectáculo procura comunicar y trascender mediante el teatro el ámbito de la duda, porque la representación recoge conflictos microsociales, perturba los niveles jerárquicos conduciendo a los sujetos con el sello de los sujetos capturados de mente-cuerpo a que se vean tal como son.

El texto de la actuación de "Bienvenido Niño Jesús", realizado con motivo de la Navidad en el pabellón N° 20, enfrenta el rito católico con la experiencia de los sujetos participantes. El teatro como acción de recrear rituales une parte de la experiencia dramática de los internados y de igual manera les brinda la posibilidad de exponer sus contenidos. Así, en la función navideña entre el paciente y el personaje se ubica una línea-texto media. Entre estas posiciones, los personajes de los Reyes Magos se actualizan y su ubicación corresponde al mapa geográfico de los barrios de Lima: "...Yo vengo de Pueblo Libre un barrio de zonas cómodas...", "...yo vengo del pujante puerto del Callao...", "...yo vengo desde Barranco, donde está el Puente de los Suspiros, el amor..." (anexo I, texto 1).

Asimismo, en el texto navideño, los obsequios bíblicos son reemplazados por elementos escénicos, que entregan los personajes Reyes (atún, ropita). Éstos no corresponden al rango de un rey, sino que se trata de objetos de primera necesidad, los cuales surgen como asociación a las necesidades del internamiento donde tales objetos se presentan escasos y a la vez imprescindibles.

La creación teatral del colectivo de pacientes es el punto de partida para ubicar valores que se manifiestan tras los personajes y los objetos; se halla la presencia de un imaginario colectivo que produce un retorno (que apela a voces y gestos) o en un intento de trastocar el tiempo pasado reencuentra el lugar.

En el acto de comunicación teatral existe la paradoja del actor-paciente que ocupa en la representación el lugar del personaje sano, por el lugar que en polarización de la escena es un atributo exclusivo del público formado por personal. El paciente del colectivo teatral al imitar a su doble sano, accede a la paradoja pues su interacción teatral se sitúa en el espacio proscrito de la enfermedad mental, pero pretende satisfacer al espectador que ocupa el ámbito de los normales. La paradoja del actor comunitario es más que la contradicción de ser o no ser el personaje representado porque, además, responde

a una elección en sí imposible: que a partir de la representación, sea el paciente quien ocupe el atributo del personal; por ejemplo, el paciente que al actuar hace de médico en una consulta. Exige del espectador una conducta paradójica, porque para dar una solución debe recurrir al enunciado "El paciente no es el personaje, tampoco es la persona que representa, él es un enfermo o se ha sanado".

El teatro de la comunidad también reactualiza conflictos latentes, como en el caso de "Un día en el pabellón N° 20" (véase anexo I, texto 3, sketch 3). El colectivo paciente ocupa el lugar del crítico de la institución. De este modo, el colectivo que genera sentido hace "soportable" la estancia hospitalaria al reactualizar el reclamo de sus necesidades, tales como el recibir menos comida, no tener chicas o el cambio de destino.

La puesta en escena del colectivo teatral genera identificación con los pacientes participantes de la acción, en tanto son los destinatarios del saber. Como si se tratase de la mítica presencia de la *Nave de los locos*⁷, que en su viaje como los emisarios de la razón y a cada tramo de su trayecto expresan la verdad al resto de la comunidad, los locos embarcados en un viaje humanista tienen la atribución de poder satirizar la norma social.

La representación teatral actualiza contradicciones que llevan a visualizar la presencia de una contracultura que se manifiesta paralela a la estructura de relaciones binarias institucionales, porque la representación teatral basa su acción en un saber corporal cotidiano y en asociaciones del colectivo, éstos son componentes dejados de lado en el ejercicio institucional.

7 BRANT, Sebastian. "Das Narrenschiff". En G. Rosen, *Locura y sociedad* p. 185.

Conclusiones

En la comunidad terapéutica del pabellón N° 20, el agrupamiento teatral de los pacientes participantes evoluciona desde una posición de meros espectadores hasta una postura de actores y, eventualmente, se ubican como parte de un colectivo teatral.

La institución de salud mental cumple con un calendario anual de ceremonias institucionales. En este contexto se inserta la comunicación teatral en la ceremonia social hospitalaria propia del pabellón N° 20.

La actividad teatral, en un ámbito institucional hospitalario, otorga a la interacción grupal de los pacientes beneficios tangibles, tales como: activación de la solidaridad, creación de una relación de pertenencia de los personajes a partir de las interacciones y la posibilidad de retener un texto. También se brinda a los pacientes la posibilidad de tener una experiencia corporal límite, a través de la exploración de principios: la interacción de contacto, el desplazamiento, la imitación, la expresión espontánea.

Junto a los beneficios principales (colectivos) se presentan otros beneficios secundarios (particulares). Por ejemplo, algunos pacientes se aproximan a la reunión de teatro con la finalidad de rehuir tareas más pesadas (como la chacra, por ejemplo).

La comunicación teatral entre el público (personal, familiares) y los actores (pacientes) se efectúa según una distribución topográfica que se instala a través de una estrategia de zonas: la autoridad de la comunidad controla la zona de la representación colectiva de los actores comunitarios. La zona de actuación de los pacientes corresponde al modelo de errores (las equivocaciones de los pacientes), al colectivo de sentido teatral.

El público comunitario de la ceremonia institucional compara lo actuado con el sistema de normas y sanciones que constituyen la preparación del internado para vivir en él o bien para salir de alta. La institución de salud mental

pone como condición a la existencia de la interacción teatral que se respeten las normas, los roles de pacientes y del personal.

En la ceremonia institucional, la recepción de la representación, por parte del público comunitario, tiene la forma de un mensaje contradictorio. La estrategia del espectador, que supone una selección arbitraria del mensaje, hace una selección sobre los valores de personaje-sano/paciente-enfermo.

Los criterios de percepción de los espectadores suponen no dejar de ligar la vida pasada (experiencias) con la actuación presente, sobreimprimiendo a la puesta en escena rasgos ajenos a lo representado, es decir, se basan en la experiencia con los pacientes para juzgar la representación. Los pacientes, por su parte, a través de su número, incorporan los elementos del sistema, pues perciben que la actividad teatral es una forma de terapia, cuando el objetivo de las reuniones es simplemente realizar un trabajo grupal.

El teatro del colectivo de pacientes del pabellón N° 20 representa al personal de la institución a través de personajes, e involucra en su representación el ámbito del internado. Los pacientes exponen en lo representado situaciones reales e intensas en el hospital: la representación recrea los roles de los sujetos que transitan en los intramuros hospitalarios y/o anticipa la expectativa del retorno a los exteriores de los muros.

Por ejemplo, el pequeño número del doctor y el paciente (véase anexo I, texto 3, sketch 4) representa y a la vez actualiza la demanda de los pacientes por salir de alta. Esta función social del teatro hace que el internado sea más "soportable" (en el caso de la comunidad terapéutica del pabellón N° 20).

De otra parte, se puede entender la comunicación teatral de dicha comunidad como una paradoja comunicativa, pues, por un lado se utilizan los recursos expresivos del paciente para efectuar una experiencia de rescate, recreación o retorno del colectivo a un espacio socialmente negado (la creación grupal entre personas que, supuestamente, no se agrupan); mientras que, por otro lado, el acto teatral se ve como un ajuste, una preparación del individuo a la vida institucional, algo preestablecido que suspende y posterga el reclamo del paciente.

Finalmente, el procedimiento de agrupamiento, la reunión teatral, la representación en la ceremonia institucional, en el caso de la comunidad terapéutica del pabellón N° 20, se configura como una alternativa al sistema institucional en la medida en que constituye una fuente de posibilidades de expresión e investigación para los pacientes.

Bibliografía

- ANZIEU, Didier *Dinámica de los grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapeluz, 1971.
- ARTAUD, Antonin *El teatro y su doble*. 2a. edición. Buenos Aires: Editorial Sudamérica, 1971.
- . *Mensajes revolucionarios*. 3a. edición. Madrid: Editorial Fundamentos, 1981.
- Asociación Española de Semiótica *Lo cotidiano y lo teatral*. 2 tomos. Oviedo: Universidad de Oviedo, Investigaciones semióticas II, 1988.
- BARBA, Eugenio *Las islas flotantes*. México DF: UNAM, 1983.
- BARBA E. y SAVARESE N. "La anatomía del actor", en *Diccionario de Antropología Teatral*. Colección Escenología. México DF: UNAM, 1988.
- BATESON, Gregory *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Planeta, 1991.
- BAZIN, Herve *El suburbio de la locura*. 2a. edición. Barcelona: Editorial Scientia, 1962.
- CONGRAINS, Enrique *No una sino muchas muertes*. Lima: Populibros Peruanos.
- COOPER, David *El lenguaje de la locura*. Barcelona: Ariel, 1982.
- DANCE, Frank E.X. *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Editores Troquel, 1971.

-
- DUVIGNAUD, Jean *Espectáculo y sociedad*. Caracas: Editorial Tiempo Nuevo S.A., 1970.
- . *La sociología. guía alfabética*. Barcelona: Anagrama, 1972.
- ELIADE, Mircea *Lo sagrado y lo profano*. 2a. edición. Madrid: Editorial Guadarrama.
- ERASMO, Desiderio *Elogio de la locura*. 3a. edición. Madrid: Ediciones Íbricas, 1959.
- FOUCAULT, Michell *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. 1a. edición. México: Editorial Siglo XXI, 1976.
- GOFFMAN, Erving *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1973.
- GROTOWSKI, Jerzy *Hacia un teatro pobre*. México DF: Editorial Siglo XXI, 1970.
- KNAPP, Mark *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Editorial Paidós, 1982.
- KONONOVICH, Bernardo *Psicodrama comunitario con psicóticos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1981.
- LAING, Ronald *La voz de la experiencia*. Editorial Crítica, 1983.
- . *El yo dividido*. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1988.
- LAING R. y Morton SCHATZMAN *Esquizofrenia y presión social*. 4a. edición. Barcelona: Tusquets Editor, 1981.
- LOURAU, Rene *Análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1970.
- MANNONI, Octave *La otra escena. Claves para lo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1973.
- MICHAUX, Henri *Las grandes pruebas del espíritu*. 1a. edición. Tusquets Editor, 1985.
- PAVIS, Patrice *Diccionario del teatro*. Barcelona: Editorial Paidós Comunicación, 1980.

- PLATONOV, Konstantin *Psicología recreativa*. Moscú: Editorial Progreso, 1975.
- ROSEN, George *Locura y sociedad. sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza Editorial, 1974.
- SCHECHNER, Richard; B. WIRTSCHAFTER y A. KAPROW *Teatro de guerrilla y happening*, Barcelona: Editorial Anagrama, 1973.
- SCHECHNER, Richard *Teatro ambientalista*. México DF: Árbol Editorial, 1988.
- WATZLAWICK, P., B.J. HELMICK y D.D. JACKSON *Teoría de la comunicación humana. Interacción, patologías y paradojas*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo, 1971.

REVISTAS:

- CASTEL, Robert y Bernard DE FREMINVILLE "La psychia-trique", en *Ornicar*. Barcelona: Ediciones Petrel S.A.
- MERMELSTEIN, Daniel "El mundo está loco", en *Cambio* 16. Madrid, abril 1994.
- GUTKIN, Adolfo "El no-autor", en *Repertorio* 1. México DF, 1987.
- DI TELLA, Kamala *Sobre Ronald Laing*, en *Revista Cultura* 6, Buenos Aires: Comuna Cultural, 1975.
- NORIEGA, Maritza "Teatro: La salvación por el arte", en el suplemento del diario *Expreso*. Lima, 16 de enero de 1994.
- LÓPEZ, Heriberto "De la escena al teatro", en *Materiales para la Comunicación Popular* 11. Lima: IPAL, 1987.

Anexos

1 TEXTOS DE LAS REPRESENTACIONES

Los textos corresponden a las siguientes obras:

Texto 1: "Bienvenido Niño Jesús", ceremonia de Navidad (23-12-92).

Texto 2: "Rocotito y Manzanita" y "Los amigos que se encuentran", ceremonia por el Día de las Enfermeras (05-03-94).

Texto 3: "Carta a Mariluna", celebración del aniversario de la comunidad terapéutica Nº 20 (15-09-94).

Texto 1: "Bienvenido Niño Jesús"

Presentador	señor Solano
Rey Blanco	señor Solano
Rey Melchor	señor Durand
Rey Negro	señor López
Papá Noel	señor Padilla
Ángel	señor Quiroz
Pastor	señor Leiva

Presentador

Muy buenos días señoras y señores, el taller de teatro del pabellón Nº 20 les va a presentar un número titulado "Bienvenido Niño Jesús", esperando que sea de su agrado.

Cantan:

"Feliz Navidad". Los actores salen de la parte posterior, se acercan al borde del escenario donde están sus ropas, cada uno le plantea al otro dos preguntas: Hola, hermano ¿tú que vas a hacer? (contestan qué personaje van a representar). ¿Y qué ropa te vas a poner?

Rey Blanco

Un terno blanco y un ramo de flores

Rey Melchor

Un saco verde y una ropita

Rey Negro

Un saco negro y una lata de atún

Papá Noel

Un gorro y una bolsa de regalos

Ángel

Una túnica peruana y una corona

Pastor

Un poncho y un bastón

(Finalizado el intercambio verbal, el Ángel realiza una mímica de volar)

Ángel

Van a ser las 12 de la noche y yo los invito a ustedes: reyes y público a adorar

Los Reyes

(Juntos)

¡Oh, ha hablado un ángel vamos a adorar!

(Los reyes se encuentran se saludan, también saludan al ángel)

Rey Melchor

Yo vengo desde Pueblo Libre un barrio de zonas cómodas, parques...
Bendito sea el nombre de nuestro Señor

Rey Negro

Yo vengo del pujante puerto del Callao y voy a obsequiarle al Niño
estas latas de productos de nuestro mar

Rey Blanco

Yo vengo desde Barranco, donde está el Puente de los Suspiros, el amor.
Traigo estas flores para adorar al Señor

Papá Noel

(Ríe)

Yo también voy a darle unos obsequios. Traigo un tarro de leche (glup),
y un panetón (ñam), (se va riendo)

Pastor

Papá Noel, ¿que ha acontecido?

Papá Noel

Ha nacido un niño en Belén, hay que adorarlo

Pastor

Papá Noel ¿y mi regalo?

Papá Noel

Ah, ya te lo estoy preparando

Pastor

¿Papá Noel y mi regalo?

Papá Noel

¡Ya no molestes!

Pastor

Ya pe', Papá Noel, mi regalo

(El pastor llega saltando a la posición del Niño Jesús)

Pastor

Yo soy un humilde pastor y no tengo nada que brindarte, excepto mi alegría. Bailemos Ángel

(El pastor y el ángel bailan, el resto de actores se les van sumando, al final todos cantan)

Ha nacido el Niño Dios... ha nacido el Niño Dios...

Se acerca la Navidad, ya llega la Navidad...

Texto 2: "Rocotito y Manzanita" y "Los amigos que se encuentran"

Sketch N° 1 "Los clowns: Rocotito y Manzanita"

Rocotito señor Zúñiga

Manzanita señor Villena

Rocotito

Hola Manzanita

Manzanita

Hola Rocotito

(se dirigen a abrazarse, pero en el trayecto cambian de dirección y ambos se tocan los traseros)

Rocotito

¿Sabías tú que me he comido cinco sandías?

Manzanita

(Pone su oído en el estómago)

¡No sabía Rocotito!

Rocotito

(Abre los brazos)

¿Sabías tú que me he comido una piedra de este tamaño?

Manzanita

¡Tan grande Rocotito!

Rocotito

¿Sabías tú que tengo el corazón en el estómago?

Manzanita

(Pone el oído en el trasero)

¡Sí, cómo late Rocotito!

Rocotito

No, acá está mi corazón

(señala su estómago)

Manzanita

Ya Rocotito, cuac, cuac

(le aprieta la nariz)

Sketch N° 2: "Los amigos que se encuentran"

Amigo 1

señor Tafur

Amigo 2

señor La Cerna

Amigo 1

(Nervioso)

Yo soy el que aconseja... Tú eres el drogadicto

(Este texto improvisado provoca una reacción en el público que ríe)

Amigo 2

¿Sabes qué? He caído en la delincuencia, el alcohol y la drogadicción

Amigo 1

Amigo, si piensas que estás vencido lo estás... si piensas que puedes lograrlo, lo lograrás

Amigo 2
(agradece y se marcha)

Texto 3: “Carta a Mariluna”

Sketch Nº 1: “El micro”

Paciente	señor Quiroz
Fumón	señor Herrera
Policía	señor Vértiz
Chofer	señor Benavides
Cobrador	señor Moncada

(Salen dos pasajeros e ingresa un microbús)

Cobrador
¡Todo Alfonso Ugarte, Brasil, avenida del Ejército!

Paciente
¡Sube!... va al “Larco Herrera”

Fumón
(Pide una jaladita)
Sube maestro... tenga un cigarro que está con talco... ya, también estos lentes
(Salen de escena en medio de aplausos del público que corta la función. Luego de una pausa el micro reingresa a escena)

Fumón
La plata o la vida... dame todo... Tú tampoco te me escapas
(Chofer y cobrador piden ayuda)

Policía
¿Qué ocurre?

Chofer
¡Nos ha asaltado!, (cuenta el asalto)

Sketch Nº 2: “Carta a Mariluna”

Hermano mayor	señor Herrera
Hermano menor	señor Benavides
Lucho	señor Vértiz
Mariluna	señor Solano

(Ingresan los hermanos de Mariluna. Toca la puerta y el hermano menor sale a abrir).

Hermano mayor

¿Qué?, ¿eres Lucho Pueblo? No me gustan los apristas

Lucho

Yo soy Lucho y le caí a Mariluna en una pollada

Hermano mayor

Si no te comportas, ese lindo cacharro te lo arreglo

Mariluna

Luchito, son tres meses, tres meses sin verte

Lucho

Tranquila, tranquila siéntate...

Mariluna

Yo te amo Luchito, cuéntame, dime la verdad

Lucho

Yo he estado internado en el hospital "Víctor Larco Herrera"

(Se caen de las sillas los hermanos. Mariluna los tranquiliza)

Lucho

Sufro de alteraciones mentales, veo visiones, sufro de esquizofrenia paranoide, hace siete años que estoy enfermo

Mariluna

Cuéntame cómo es ese lugar, te quiero visitar

Lucho

Mira Mariluna, nos levantamos a las seis de la mañana... Así es mi pabellón 20

Sketch N° 3: "Un día en el pabellón N° 20"

Técnico

señor Moncada

(El resto de actores son ellos mismos, es decir, en apariencia no representan ningún personaje)

(Los internados duermen. Suena un pedo y se dan algunas reacciones del público)

Técnico

Ya, los señores pacientes, a realizar su aseo personal

(al mismo tiempo, el grupo hace una fila para asearse)

Señor Solano

¡Cuidado con el pote!

Señor Herrera

Hay que ir por la comida, ¿no mi técnico?

Técnico

Sí, usted y otro, vayan

(Se dirigen a la puerta gritando. Los restantes empiezan a tender las camas)

Señor Herrera

¡Puerta, puerta!

(En el lenguaje cotidiano del pabellón, esto significa pedir permiso para salir al exterior del pabellón)

(Pausa) (retornan los que salieron)

Técnico

Ya, ¿quién quiere quáter... pan...?

Señor Solano

Ya cogió la suya mi técnico...

Técnico

(Termina de repartir)

Ya, a hacer la limpieza

(Envía a limpiar al conjunto de pacientes)

Sketch 4: "El doctor y su paciente"

Doctor

señor Quiroz

Paciente

señor Solano

(Ingresa el doctor, de afuera los actores lo saludan afectuosamente; el doctor manda llamar a un paciente con el técnico).

Doctor

Señor Solano, voy a darle una noticia, ha dirimido la sintomatología... ha observado notable recuperación... ¡Está de alta!

(El paciente pega un salto cuando le dicen que va a salir de alta)

Doctor

Trátese, tome su medicina. Va a tener su consulta cada 20 días haga muchas actividades para que no piense.

2 LAS HISTORIAS DE VIDA

Los datos que se presentan a continuación proceden de historias clínicas y entrevistas del servicio social en el hospital "Víctor Larco Herrera". El criterio de selección de éstos trata de aproximarse al medio social y familiar del sujeto internado (la numeración corresponde al código de clasificación de dicho documento).

Nº 01-31-08: Walter Herrera

A los 16 años se acomplejó, pensó que el cuerpo se lo habían transformado y se adelgazó mucho. A esa edad estudiaba en el colegio, estaba en cuarto de secundaria y trabajaba en un gimnasio. Se enamoró de una chica y al poco tiempo empezó a pensar que le habían crecido las caderas debido a las pesas, "... yo solo sufría con mi problema, no se lo contaba a nadie y se me derrumbaba mi mundo interior, porque pensaba ser 'maceta'...". Sintiendo ese problema hizo el servicio militar en Tumbes. Tenía 18 años. Se decidió por el servicio militar debido a que una vez soñó que le preguntaba a Dios qué hacer y Él le dijo que la respuesta "estaba en una moneda de diez centavos". Vio y pensó que la moneda significaba que "debía servir al Perú". Quiso ser oficial de la Marina, quería trabajar día y noche para conseguir dinero para postular, caminaba y pensaba en juntar el dinero para postular. Deambulaba de un lado a otro. Finalmente ingresó. Al venir a Lima le chocó el cambio de la provincia a la capital. Después se creía oficial (ya no recuerda nada). Fue traído al hospital al pabellón Nº 6 durante tres semanas. Su madre dice que "él miente con frecuencia".

El 7 de enero de 1987 tuvo los primeros síntomas. Se ha internado seis veces en el hospital, pero sólo perdió la razón una vez, se sintió morir; sentía que tenía bichos; pensó que era cáncer o algo peor.

Trabaja con un dentista. Está contento "porque ya no se va a consumir drogas". Esos problemas se han solucionado.

En una clase de entrevista psiquiátrica dijo que eran: "cuatro contra uno" (por los entrevistadores), y asegura que ha ingresado al hospital "por una injusticia: que se ha cometido estafa en beneficios sociales con su madre... Estafas de clase... Muerte a mi hermano terrorista".

Nº 04-17-50: Benjamín Vértiz

Nació en Pacasmayo, La Libertad, cuando su madre tenía 46 años. De chico era "chupado" (introvertido) y evitaba las relaciones familiares.

Se observa una relación no resuelta con la figura del padre dominante y también dependencia con la figura materna, muy posesiva, y una marcada preocupación somática.

Ha sido futbolista de primera categoría y nunca se pensó que era enfermo. También jugaba billas. Presenta una torcedura en el cuello que le impide mantener la cabeza de frente.

Está enfermo desde los 18 años, se desajustó con retraimiento social progresivo, casi siempre se encuentra nervioso, y se automedica con la creencia de ser médico. También se identifica como artista, con Cristian Castro. Tiene síntomas de desconfianza, piensa que le van a poner veneno en la comida. Es intranquilo, tiene deseos de salir a pasear, es poco activo y tiene poca voluntad para participar en las actividades. Por momentos está desubicado, asegura tener otras profesiones y otras identidades. La madre dice que "quiere que esté sano y no quiere que piense de esa manera porque así él no es". Él se irrita y le dice "tú me haces mucho daño, no voy a regresar contigo".

Con frecuencia molesta sexualmente a las alumnas de enfermería y dice: "son mis hermanas". Se adjudica poderes y capacidades, arenga y polemiza. A cada pregunta da explicaciones como si fuera conferencista, asume rol de docente, galantea y va risueño con libros y habla de teorías. Dice que "las neuronas se regeneran", también afirma haber hecho posgrado de medicina en Estados Unidos y que quiere quedarse "internado atendiendo a sus pacientes". Tiene tres reingresos, tiene recaídas por discontinuar el tratamiento.

Nº 03-38-50: Enrique Solano

Refiere que Dios habla con él, diciéndole que es su representante en la Tierra. Dice que habla "lenguas angelicales". Estando una vez en el templo, "el diablo empezó a hablar por mi boca" y decía que quería matar a sus hermanos evangelistas. Empezó a tirar las cosas que estaban en el templo hasta que sus hermanos lo agarraron.

Nunca tuvo una buena relación comunicativa con sus padres, pero superó muchos problemas. Ha trabajado en diferentes oficios, electricista (1972), servicio de seguridad (1978), cobrador de micro (1980), y varios (1985).

Fue violado a los 12 años por su primo, quien lo atemorizó y por eso no lo comunicó a nadie, tiempo después fue violado por su prima. Tuvo su primera relación sexual a los 18 años en un prostíbulo. Ahora, en la edad adulta se siente "melancólico".

De buena apariencia. Marcha en forma lenta arrastrando una pierna por fractura del tendón. Es casado, tiene dos hijos. Su esposa lo nota mejor.

Nº 09-11-03: Shaker Avia

Era un niño introvertido, callado y tímido, "era niño modelo muy tranquilo, tal vez demasiado". A los cinco años fue por primera vez a la escuela, se amoldó rápidamente, tenía bastantes amigos, se llevaba bien con sus profesores y no repitió ningún año. En secundaria también era buen alumno hasta antes de su enfermedad. En tercero de secundaria comenzó a molestar a las chicas (era colegio mixto). A los profesores les tiraba las motas, y por esos motivos lo jalaron de año. Su padre lo tenía muy oprimido, no dejaba que se juntara con otros niños, no salía a jugar a la calle. Su padre decía que "al niño hay que criarlo como al carro, dejarlo correr y después frenarlo". El paciente tuvo una niñez triste y posteriormente vino el "terremoto".

Cuando se le hace recordar las primeras experiencias dice riendo que es el hazmerreír de los demás... Tiene dos reingresos. La primera vez estuvo en el pabellón Nº 2.

Los problemas principales que han desorganizado su personalidad podrían ser las conductas inadecuadas en su adolescencia: a los 14 años practicaba sin ningún control las masturbaciones hasta los 16 años. Después tuvo un tratamiento, donde se moderó durante más de un año. Una vez fue al mercado de Casma (Ancash), donde venden revistas pornográficas. Esto sirvió como motivación para seguir cometiendo en exceso los hábitos de masturbación hasta los 20 años. En el pabellón Nº 20 tuvo relaciones sexuales con un homosexual.

En relación con sus estudios, fue un alumno regular, y en quinto de secundaria salió desaprobado. A los 22 años escuchó voces de sus amigos que lo llamaban, y eso afectó su estabilidad emocional. Llegó al hospital acompañado de su hermano; se encontraba en regular estado de higiene; caminaba normalmente.

Se muestra triste y preocupado, siempre repite que quiere casarse. Aproximadamente a los 16 años fue internado por primera vez en Trujillo porque rompía las lunas, agredía a profesores y compañeros de estudio, se desvestía en la calle, agredía a los familiares. Su único trabajo ha sido ayudar en una tienda de vez en cuando por una propina, luego no ha trabajado.

Su diagnóstico es esquizofrenia paranoide. Siente voces que lo tornan nervioso y agresivo. "Soy internado por masturbarme mucho y unas voces me hablaban y me fastidiaban, me decían: maricón, sigue masturbándote, ya te fregaste". Otras voces: "Felicitaciones, sigue como hasta ahora".

Nº 04-10-47: Luis Unzueta

A los 16 años se inició su enfermedad mental, inmediatamente después del fallecimiento de su madre, quien murió trágicamente en presencia del paciente por un accidente cerebro vascular. La relación con ella fue íntima, siendo él el hijo más engreído. Desde ahí desarrolló una conducta de disgusto, de queja hacia sus demás hermanos, reclamaba constantemente "obligaciones" para con él. Frecuentemente hubo mal rendimiento escolar y aislamiento social.

Se torna muy receptivo a las ideas religiosas, hasta llegó a pensar que él era "elegido por Dios". Tan convencido estaba que iba a realizar trámites para cambio de documentación de identidad. Comenzó a escuchar voces, y se le observó hablando solo y con risas inmotivadas.

Trabajó en una panadería (allí se inició en el consumo de alcohol) y empezó a faltar al trabajo. Nuevamente comenzó a presentar falsas identidades, aseguraba ser hijo de Margaret Thatcher explicando que, por su seguridad, ella lo había dejado en Lima; pero a la distancia él sentía su influencia y estaba seguro de que ella lo escuchaba, guiaba y protegía. En una oportunidad llegó al aeropuerto y le pidió a un piloto que lo llevara al extranjero. Eso ocurrió a los 18 años. Ahí logró engañar y escabullirse del personal de seguridad de emigración. Llegó a abordar un avión y exigió que lo transportaran a Inglaterra.

Asegura ser de sangre inglesa y haber tenido ojos azules, cuyo color le "sacaron" en el Hospital de la Marina, al hacerse un examen de sangre. Según la gente, ataca y rompe lunas. Ha tenido cuatro episodios o crisis en ocho años de enfermedad. En su barrio lo rehúyen y lo evitan llamándolo "loco". Tuvo su primera atracción sexual a los siete años, y no fue correspondido, empezó a masturbarse y sigue haciéndolo hasta ahora con una frecuencia de tres veces al día. Ha tenido relaciones sexuales varias veces, de las cuales cinco fueron con prostitutas y una vez con una amiga. Actualmente dice estar enamorado de una terapeuta, "pero no es seguro".

Las relaciones con su padre y hermanos es negativa, porque él es "más exigente", obliga que le compren ropa, que le sirvan sus alimentos. El paciente estuvo viviendo con su hermano en Collique, pero ahora el hermano se encuentra en la Argentina.

Nº 04-07-67: Wílder Ruiz

Persona de lenguaje alargado (sin punto final). Se pone a cantar en la consulta. Al médico le dice: "si le digo se enoja y me bota... es que me estoy atendiendo en el Noguchi, pero no me atienden porque están en

huelga, por eso he venido aquí. Allá quería contarle todo lo de mi vida, pero me decían después lo contarás, no querían escucharme, aun cuando tenían la obligación de hacerlo. Allá me están abandonando, no quieren darme una cita". No ha desempeñado ningún trabajo, pero presenta una capacidad intelectual superior al término medio.

Antes de los 14 años se sentía sin molestias, "nadie lo fastidiaba, jugaba con las chicas, sanamente, a la pega. Estuvo un mes de vacaciones en Cajamarca. A su regreso a Lima, en circunstancias en que viajaba de su casa al colegio, subieron unas chicas al ómnibus que se burlaron de él "ja, ja, qué roche, qué roche", fue después que él se presentó; las chicas como que lo despreciaron. Ahí empezó su "vía crucis". Poco a poco, fue sintiendo que otros pensaban mal de él, se sonrojaba cuando veía una chica bonita y decía "ahora va a creer que estoy loco por ella, me va a creer maricón si no la enamoro". Se le "metían a la cabeza ideas increíbles frente a los demás", se sentía objeto de crítica negativa.

Su enfermedad se inició en agosto de 1993. Comenzó a sentir voces que le hablaban, que lo insultaban y pensaba que la policía lo seguía por ser un sospechoso de terrorismo. "Salía a la calle y los patrulleros y los camiones grandes me perseguían, yo corría. Me escondía, pero por todas partes donde yo iba ahí estaban, me escondía debajo de los demás autos. Otras veces iba en busca de la Embajada de España para que me den asilo, una vez vi muchos carros y sentí que me iban a capturar, pero eran los señores de la Embajada española y me puse más tranquilo porque no era la policía".

A veces pensaba que los periodistas le querían robar sus chistes. Dice que una vez fueron a buscarlo para entrevistarlo, pero él no quiso. Dice que él no contaba un chiste porque lo iban a escribir en una revista y robárselo.

Nº 03-64-70: Víctor Durand

Bebió compulsivamente alcohol durante 15 años. Llegó a empeñar las cosas de su casa para comprar licor. Bebía toda clase de alcohol. También fumó "piticlín", pero lo hizo mal y se asustó.

En el pabellón Nº 20 estuvo dos años. También estuvo en el centro de rehabilitación "Volver a vivir". En 1979 recibió tratamiento en el Hospital de Policía, por estar mal de los nervios.

Se desempeñó como agente vendedor después de haber sido dado de baja en la policía por "incapacidad somática". Estudió contabilidad en la Universidad Federico Villareal, pero ha olvidado este aprendizaje. Ingresó como agente PIP, ascendió hasta sargento II, goza de pensión por invalidez en accidente. En 1976, trabajando como PIP, sufrió fractura de crá-

neo en un accidente de moto y estuvo un año en el Hospital de Policía. Su vida sexual se inició a los 14 años, después de un partido de fútbol fue a un prostíbulo. La experiencia fue "sin novedad". Tiene relaciones homosexuales "como activo con maricones para conseguir dinero". Su vida sexual ha sido regular, cuando no tenía pareja se descomponía y tenía relaciones con varios homosexuales y tenía miedo al sida.

En 1981 se inició en la bebida, tomaba desde el sábado o desde el jueves hasta el domingo o lunes, trago corto o cañazo. Ahora se marea más rápido que antes, y toma porque "el cuerpo le pide". Cuando toma se pone belicoso y busca pelea, luego no se acuerda de nada. Una vez que inicia la primera copa no puede detenerse.

Nº 04-08-01: Manuel Artaza

Ingresó al hospital alterado, vociferante: "no sé por qué he venido, la cosa exacta es que siempre que estoy en un sitio se meten en mi vida. Tengo que hablar así porque la bilis se me ha metido en la garganta... Estoy así porque me dedico a Dios y no a las drogas".

Nunca se dieron cuenta de que se drogaba hasta los 18 años, cuando encontraron marihuana en los bolsillos de su ropa. Desde los 14 había quejas de vagancia escolar. En el récord escolar era pésimo. Se escapaba por los techos hasta que lo expulsaron por perturbar la clase. El quinto año fue hecho con "promesa de pago" al director. Así obtuvo el certificado de estudios.

Después fue matriculado para que estudiara contabilidad. Se le llevaba y recogía, pero a veces ya no se le encontraba. No aprovechaba las clases porque iba trasnochado a enamorar a las estudiantes. "Yo estaba un poco alterado, perdí un poco la noción del respeto a mis padres... yo tomé vino; íbamos a comprar marihuana, estaba en el troncho, cuando entramos vimos un muchacho vestido de gay, luego vi otro que era karateca, éste contó que en su pierna le sacaron punta y pistola. Contó que buscaban 'pastel', estaban recolectando plata en los muros, cantando canciones porque los 'tronchos', 'tabacazos' y 'mixtos' estaban caros, éstos lo compraron en Maranga".

Pregunta "¿por qué no se puede curar uno de la droga?". Roba y es capaz de todo por la droga. En Barranca estuvo mal, dice que "le dieron" clorhidrato con ácido muriático y casi se muere.

Según informe del personal, el paciente requiere de constante vigilancia, reacciona agresivamente con otros pacientes y trata de esconder la medicación para dársela a otros pacientes a cambio de cigarrillos. Presenta impulsividad para relacionarse con mujeres; cuando las enfermeras lo tocan quiere tener relaciones con ellas.

Hay quejas de exhibicionismo, se desnuda ante las damas y pretende masturbarse, lo hace cuando no hay personas. Toma objetos y pertenencias de los demás. Consigue cosas para comer de otras visitas. Molesta a los otros pacientes.

Nº 04-20-36: Ian Marc Alcalde

Fármacodependiente desde los 16 años. Empezó con marihuana y a los 18 pasó al "mixto". A los 20 empezó con pasta, la cual consume hasta ahora. "Hace tres días se molestaron mi madre y mi hermana porque vendí mi pantalón, zapatillas, casacas". Cuando intentó dejar la droga sentía que "el cuerpo le pedía", se ponía agresivo con su madre y se sentía "culpable" por hacerle daño y no hacerle caso; le echaba la culpa por su estado diciéndole que ella lo "sobreprotegía" mucho, y que por eso estaba así. Además, piensa que el abandono de su padre cuando tenía dos años influyó bastante en su problema de dependencia en drogas.

A los 15 años probó marihuana y se sintió "bien loco, caminando en la nube, con ganas de reír". Probó con su primo que es un año menor y lo último que supo de él es que estuvo internado por consumo de drogas. A los 19 años viajó a Venezuela, probó el "mixto", una mezcla de PBC y marihuana, junto con licor. Refiere que le gustó bastante, lo ponía serio y luego conversador.

En 1990 estuvo hospitalizado en la clínica "Pinel". También, estuvo en el centro de rehabilitación "Nacer" en Puente Piedra, donde usaban la palabra de Dios y trataban de imitar a Cristo. Confiesa que la droga le ha traído problemas familiares, económicos y con la ley (en Venezuela). Hace tres años pasó indocumentado de Venezuela a Colombia y estuvo preso un mes y medio.

Cuando regresó al Perú salió con los amigos del barrio con quienes consume pasta. "he consumido seguido, incluso me quedaba en la calle dos días o más consumiendo PBC, acompañado de amigos. Consumía en una noche de 10 a 15 cigarrillos".

En ese tiempo trabajaba en la distribuidora Pilsen como supervisor, llegando a consumir de tres a cuatro cervezas diarias durante las horas de trabajo. Debido a las drogas empezó a llegar tarde al trabajo, pues ya no podía dormir bien, se acostaba aproximadamente a las cinco de la madrugada y se levantaba cansado, no rendía y le molestaba que le dieran órdenes, por lo que fue despedido.

El paciente menciona lo mucho que admira a su madre, porque tuvo que asumir sola todo el peso del hogar y "sacó a todos sus hijos adelante". Recuerda que muchas veces sus tíos se querían "meter" en la educación, pero su madre no les hacía caso.

Nº 03-17-17: Kilder Penalillo

Ingresó al hospital en compañía de sus padres y de dos agentes de la Guardia Civil. El paciente dice que está sano. No contesta absolutamente nada de las preguntas. Fue hospitalizado en 1984 en el hospital "Noguchi".

En dos oportunidades intentó quitarse la vida tirándose del segundo piso y la otra se tiró a la pista para que lo atropellaran los carros. En abril de 1984 se desnudó y se escapó a la calle, decía que él era lo máximo.

En abril de 1985 nuevamente "rompía sus cosas, faltaba el respeto a la gente, a un compadre casi lo mata con un ladrillo". La gente tenía miedo porque hablaba solo y se alteraba cuando le hablaban de cualquier cosa. Dice que un día, al llegar a su casa, "tocaba fuerte y no había nadie, sabía que estaban adentro y no querían abrirme, así que rompí una luna, también el parabrisas y a mi papá le di con un fierro en un hombro".

Obtuvo el segundo puesto en el colegio. Ingresó a los 17 años a la UNI, donde estudió hasta el quinto ciclo de Ingeniería Mecánica, arrastraba cursos de segundo y tercer ciclo. Dejó la carrera porque no había dinero para seguir estudiando. En la academia fue buen alumno.

Ha trabajado en ferretería y con personas que tienen camión. A los 24 años cargaba cemento y repartía materiales de construcción en una ferretería. También ha trabajado en una fábrica de calaminas.

La situación lo obliga a hacer trabajo manual, pero no le gusta. De todos los trabajos se retira porque se contagia de la falta de entusiasmo de los demás. En cuanto a su vida sexual, fue con un amigo al prostíbulo a los 18 años.

Nº 03-97-38: Marco Antonio Villena

Fue hospitalizado porque al regresar a su casa por la noche, sus familiares no querían abrirle la puerta. Le gritaban improperios, lo insultaban, le decían loco. Por lo cual el paciente tiró unas piedras y accidentalmente le cayó a uno de sus hermanos, por lo cual el padre llamó a la policía. Su familia se compone de nueve miembros. La familia aporta gastos de internamiento. En la calle la gente no lo quiere, le gritan: "vago, loco". Sus relaciones con los vecinos es negativa. Su papá le pegaba con un palo. "Mi papá sí me quiere, él me pega, pero me quiere".

"Una vez me quedé dormido de noche y después de un rato desperté y vi un alma blanca. Otro día, cuando dormía en la noche veía el Corazón de Jesús, él se me aparecía y no era sueño".

En su adolescencia ha tenido dificultades para tener amigos, no ha tenido enamorada y no sabe por qué, niega haber tenido relaciones sexuales, niega haber consumido alcohol y drogas. Su ocupación es cobrador de micros.

Nº 04-04-18: Héctor Tafur

El paciente ha sido tratado desde su infancia. Fue retirado del colegio porque presentaba una serie de conductas inadecuadas. Se tiraba al suelo, decía lisuras y no obedecía órdenes de la profesora.

A los 15 años de edad, cuando cursaba el cuarto año de secundaria, fue llevado al hospital por la madre, quien refiere que a raíz de un cambio de sección no quiso ingresar al salón de clases. Su madre dice que él ocupa una parte de la mañana pensando o planeando su futuro, "ya que le preocupa sobremanera". El paciente dice que su mamá lo atolondra con tanta preocupación y que asiste regularmente al colegio porque están en repaso.

Refiere que ya no escucha voces, pero dice que es infeliz porque es pobre y no quiere que su madre trabaje, y que ya no va a pedir comida. Se cepilla los dientes 20 veces al día, pero dice que se lava los dientes una vez al día, y que lo normal es lavarse los dientes dos veces al día y "cepillarse los dientes durante siete minutos". Además, necesita cerrar varias veces la puerta, y asegurarse de que está cerrada.

Come bastante, si no es en su casa, en la casa de sus tíos y parientes. Le preocupa saber hasta qué edad se desarrollan los genes humanos.

La madre del paciente refiere que un cambio de conducta sucedió hace tres años (1989), cuando una tarde llegó del colegio por la noche, ya que estudiaba en la tarde, notó que llegó con todo el pantalón roto y sucio. Sin decir nada, subió a su cuarto para coser el pantalón, después su madre le preguntó qué había pasado, él se puso a llorar y no quería decirle nada del incidente, y hasta ahora desconoce el motivo.

A partir de ese incidente el paciente comenzó a cerrar las puertas varias veces, encerrarse en el baño y sentirse muy delgado y decir que tenía que parecer fuerte, por eso comenzó a hacer planchas, comer diez plátanos antes de ir al colegio y pedirle comida a sus familiares, ya que su tío vive en su casa. También comenzó a decirle a su madre que ya no quería ir al colegio.

En su hogar su padre era muy cariñoso con sus hijos, "siempre estaba dándoles besos en el cachete, parecía su enamorado". Su madre dice que una vez él había visto a Dios, un resplandor brillante, también en una oportunidad vio un gato y cuando volteó la cabeza era un carro. En otra oportunidad, en vez de un árbol, vio un "pan con mantequilla".

Nº 01-03-86: José Quiroz

En sus antecedentes se encuentra un tío paterno que sufrió de enfermedad mental. La hermana mayor está en tratamiento psiquiátrico en el

pabellón N° 10, el abuelo paterno es alcohólico y un tío materno sufrió de ataque de epilepsia. El paciente ha tenido cuatro reingresos.

Vive al lado de sus padres y hermanos. La abuela se encargó de su educación, porque en su casa sus padres discutían mucho y los hijos observaban todo esto. Incluso ha visto que sus padres se levantaban la mano. Algunas veces descargaban la ira sobre los hijos y eran ellos los que pagaban las consecuencias.

Desde los tres años era muy agresivo, le pegaba a sus hermanos e incluso a la empleada de servicio. Ingresó al colegio a los cinco años, tenía buen rendimiento, no daba muestras de agresividad.

Empezó la secundaria en el colegio Melitón Carvajal, seguía con buen rendimiento, sobre todo en matemáticas. En tercero de media fue cambiado al colegio Guadalupe, ya que el padre era profesor ahí. Terminada la secundaria se preparó día y noche y postuló e ingresó a la UNI. Sólo estudió dos ciclos. No ha tenido enamoradas, ni le gustan las mujeres, tampoco practica deportes ni le gusta el cine.

Desde 1971 empezó a manifestar síntomas, decía que sus amigos lo insultaban y le decían "maricón". Debido a esto se aisló y se encerró en su cuarto, tapó las ventanas con papel periódico para estudiar y en la universidad no se juntaba con nadie.

Comenzó a decir que sentía síntomas de sífilis, debido a que en el examen médico de la universidad no habían desinfectado bien la aguja y por eso había contraído la enfermedad y que cuando se la quitara sería demasiado tarde. Comenzó a deambular por las calles y sólo llegaba a su casa a dormir. Ha tenido problemas de agresividad en su casa, llegando a agarrar a pedradas y patadas a los demás. A su madre la atacó con un cuchillo, su madre lo quedó mirando y le dijo que lo siguiera. Entonces el paciente le pidió perdón: "perdón, no te conocí". Ha intentado matarse diciendo que "todo está consumado".

Su enfermedad se inició a los 16 años, luego de un bajo rendimiento académico. En 1986 empezó a automedicarse Aquinetón "porque me calma los extrapiramidales". La familia refiere que el paciente en ese estado está colorado, sin moverse, angustiado y con un deseo compulsivo por el Aquinetón.

N° 03-35-81: Marco Padilla

Cuenta una tía del paciente que un día le dijo: "Tía, necesito de su experiencia, su esposo es un maricón". Estaba raro, actuaba con cólera. Rompió la cerradura de mi cuarto, tendió la cama, sacó mis libros que estaban encima y los colocó ordenadamente en el suelo del pasadizo, los cubrió con una toalla de baño, la cerradura del cuarto de mi hija también

la rompió. Luego, se salió a la calle casi desnudo. Cuando le dije que lo queríamos ayudar fue a su cuarto y trajo una radiografía y unos análisis que los enseñó, después abrió la boca y mostró sus dientes. Yo tenía mucho miedo por mí y por mis hijas que ya están grandecitas", dice la tía del paciente.

Su tía lo "achacaba", le decía que no mostraba ningún interés por trabajar o conseguir trabajo. Pero, él le decía "tía yo quiero hablar contigo, quiero hacer las cosas bien, pero como que algo me lo impide. Necesito que me ayudes, pero un psicólogo no es mi problema. Ustedes creen que he estado metido en el vicio pero no es cierto. Yo soy así porque mi tío es prepotente". Cuando terminó la secundaria los tíos decidieron que ingresara a Senati (con una beca completa), pero él se negó, quería ingresar a la Escuela Militar, pero estaba imposibilitado por ser miope y por tener una lesión a la córnea del ojo izquierdo.

Siempre fue una persona callada, pero recientemente se volvió irónico e hiriente, cuando un conocido se lo hizo saber respondió: "soy el último de los Padilla, ahora me toca tomar venganza". Las chicas no lo entendían, decían que era un tipo raro. Hace aproximadamente siete meses le preguntó a un amigo: "¿no crees que me estoy volviendo loco? En el micro siento que la gente me mira no puedo soportarlo, me bajo y me encuentro con la misma gente que me estaba mirando".

Ha confesado que fumaba marihuana desde los 12 años. Veía fantasmas y carteles con el nombre de los amigos. "Además, sentía que me perseguían, que todos eran maricones". Cuando iba en taxi escuchó que el taxista dijo "éste es mío", "por eso me bajé temblando y sudando".

Nº O4-08-02: Luis Alegre

Ingresó al hospital debido a que escuchaba voces que hablaban de él, y creía que estaba sufriendo un tipo de metamorfosis. Manifiesta que se encontraba mirando el programa de Ferrando y de pronto tuvo la idea de que Ferrando se encontraba en la puerta de su casa y que lo buscaba para matarlo: "Eran Augusto Ferrando y sus compinches que decían que me iban a matar". Su familia lo llevó inmediatamente al hospital Noguchi. Antes de ingresar al hospital estudiaba para postular a la universidad y seguir medicina.

Refiere que en marzo, cuando estaba en una prueba física en la agencia de seguridad Prosegur, al tratar de dar un volantín hacia atrás se golpeó la cabeza. Días después comenzó a "escuchar los pensamientos de otras personas". Desde ese momento podía leer el pensamiento de los demás, pero sólo si eran extraños, pues no podía leer el pensamiento de sus familiares. También ve las cosas diferentes, de acuerdo al estado del cli-

ma. Cuando hace frío ve todo más pequeño, hasta su propio cuerpo, pero cuando hace calor ve todo más grande.

Conversa telepáticamente con sus amigos sobre diversos temas, y refiere que el televisor le dice que todos sus actos iban a ser por microondas. Antes del último episodio él había dejado de tomar medicamentos por bastante tiempo. La gente lo miraba por la calle y le decía que era un loco, un pobrecito y que necesitaba ayuda. El paciente admite haber agredido a una persona extraña porque escuchaba voces que le decían que ésta lo insultaba.

Nº 01-17-84: Basilio Zúñiga

Cree que tiene algo de enfermedad, pero sobre todo es "mañosería". En su vida sentimental sólo tuvo "vacilones", se cansaba rápido; en cuanto a proyectos piensa buscarse una chica rubiecita. En 1986 comenzó a ingerir drogas sin conocimiento de sus familiares. Salió del vicio "gracias a unos amigos que estudiaban el evangelio pentecostés". Cuando ingresó al culto, en la casa lo llaman "Satanás". Un día, mientras él oraba, comenzó a lanzar acusaciones contra su hermana, que al verlo en el trance lo abofeteó para que reaccionara. Ingresó al servicio militar para ser comando, pero no soportaba que lo manden. Al salir del Ejército se sintió frustrado. En el tiempo que estuvo ahí sentía voces que le decían que se apure. Los síntomas aparecieron en el tiempo que estuvo sirviendo en el Ejército, en su intento de escapar de los conflictos que ocurrían en su hogar por su madre poco tolerante. El paciente la califica de "sumamente nerviosa y prepotente". Él discutía en su casa para que lo "respeten". Al mostrarse agresivo en una discusión, su madre le cerró la puerta en la cara y, en consecuencia, él la abofeteó. Luego, arrepentido, le pidió a su madre que lo interne. Dice que escucha voces que le dicen "comando". Él piensa que es debido a las inyecciones, por lo que trata de escapar. La madre se manifiesta con resentimiento: "él no me quiere ver, quiere que me muera, basta que le dé el vestido y la comida que le faltan", dice la madre del paciente. El paciente dice: "Vine por voluntad propia, porque me encontraba enfermo de los nervios, pues antes entré al Ejército, allí me pegaban mucho, vi cosas malas y me traumé... por deseo estoy un año aquí".

Nº 04-10-65: Elio Mattelini

Acababa de llegar de viaje a Trujillo, lo llevaron al calabozo dos días porque le pegó al chofer del colectivo que lo transportaba. Llamaron a su papá y él lo sacó del calabozo de Huanchaco y lo trajo a Lima nuevamente. "Yo le pequé al portero porque tenía la idea que a mi hermanita le

habían echado chámpú al ojo. A mi vecino que estaba en la escalera lo atacué con un cuchillo de juguete de mi hermanita, porque pensé que también le había hecho daño a mi hermanita”.

Escucha voces que lo molestaban, “hasta ahora las escucho. Unas veces me dicen que entre en el manicomio y que después voy a ir a la cárcel”. Repitió el sexto grado. Se portaba mal. En segundo de media se peleó con un cholito que le pateó el trasero. A los 16 años tuvo una masturbación con un negro. “Era maricón y se ponía tanguita. Eso me ha mareado, era de lo peor, me lo presentaron amigos. Con ese negro fuimos tantas veces, era... no sé, no tuve relación, sólo me masturbaba”.

Nº 02-57-00: Luis Miguel Franchy

La primera atracción que tuvo fue a los ocho años. Besaba mucho a su hermana Charito. A los 15 años se masturbaba con frecuencia.

Estudió agronomía hasta 1978, ocupó el puesto número doce en el examen de admisión, pero no aprobó ni un solo curso porque lo que le enseñaban era “pura tontería”.

Primer episodio en 1987: Seguía plan contable en una empresa textil y además ventas en una empresa de plásticos. “Estuve 20 días encerrado estudiando los códigos”. Se puso mal y fue internado en la clínica “Pinel” aproximadamente seis meses.

En 1974 fue internado en la clínica “Santa Ana”, porque vio luces de color rojo y verde en el cuarto. En 1978 entró al hospital “Víctor Larco Herrera” porque participó en una reyerta en la Universidad de San Marcos.

En 1980 se trasladó al pabellón Nº 8, porque se masturbaba con sólo ver a una mujer. En 1987 estuvo en la clínica “Mariátegui”, debido a una crisis. En 1993 tuvo un incidente de euforia de agresividad contra una persona que lo agredió a pedradas.

En 1994 hacía los preparativos para año nuevo y tuvo una discusión familiar. Al ser internado tuvo un incidente con una empleada del hospital.

Nº 03-58-09: Carlos La Cerna

Su enfermedad se inició a los 20 años. Tiene un hermano que estuvo internado con cuadro psicótico esquizofrénico. Mostraba agresividad con las personas cercanas a él. Luego hubo momentos en que desconoció a su esposa, no recuerda ni a sus hijos.

Llora continuamente. Muchas veces salía de su casa sin rumbo conocido. Permanecía muchas veces en la puerta de su casa, incluso de noche. Escucha voces que le dan órdenes. La esposa lo ha dejado debido a problemas de interrelación. Tenían constantes riñas y su esposa lo acusa de maltrato.

Aproximadamente hace tres meses se enteró de que su esposa iba a tener un hijo de otro hombre, y desde entonces las cosas han empeorado. Habla de vengarse y matar.

Cree que sus hijas van a sufrir daño de algún hombre. Para menguar el peligro intentó desfigurar la cara de su hija mayor para que ningún hombre se atreva a enamorarse de ella. La abuela de las niñas las protege llevándolas a vivir a su casa. Es desocupado pero asegura que trabaja en una matricería "Carbón Wak".

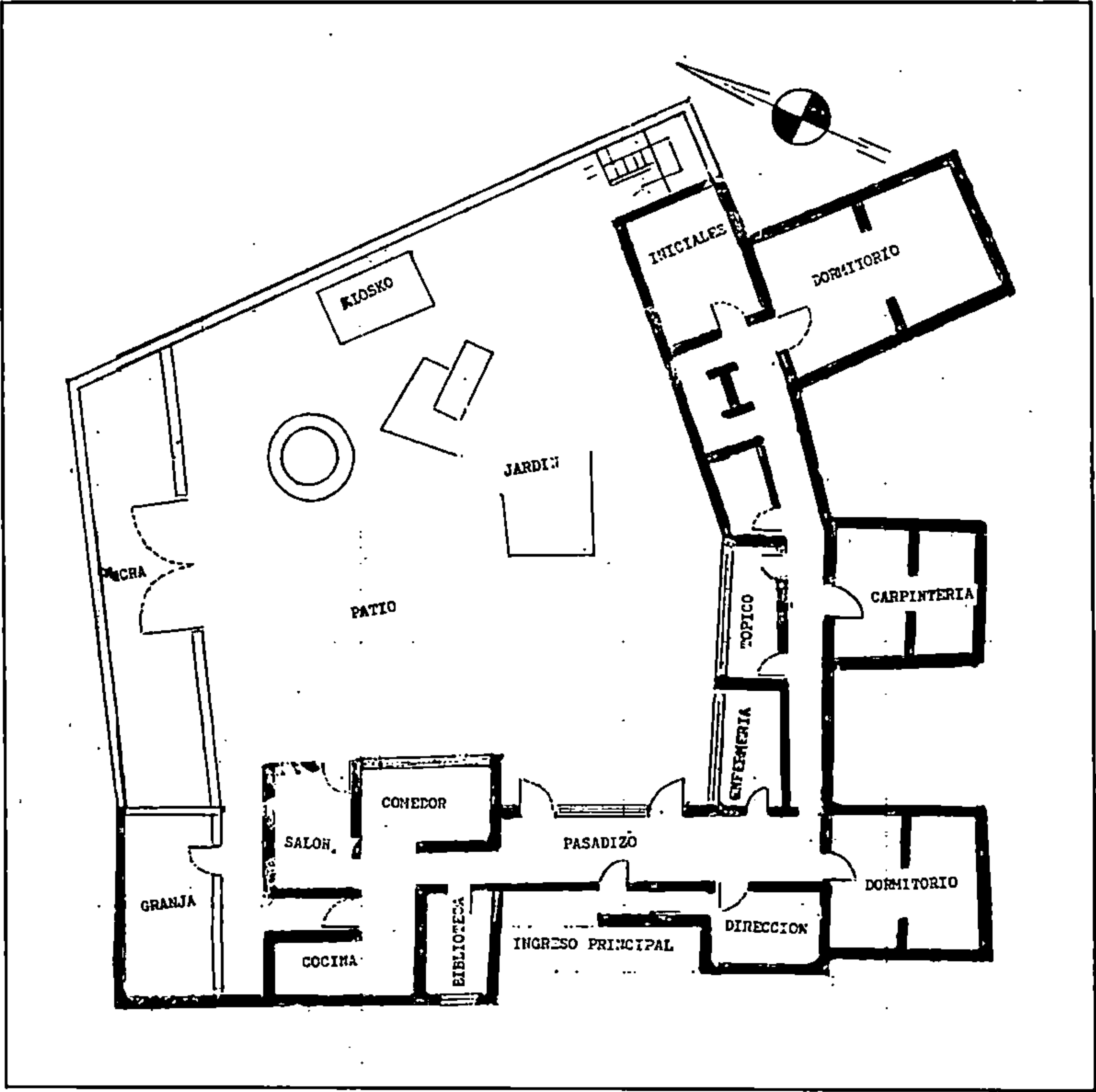
Nº 06-O1-38: Adán Honorio

El paciente tiene seis hospitalizaciones debido a problemas mentales. Hace 24 años cambio de carácter y daba de gritos. Entonces, lo trataron con insulina y electroshock. Según él, tiene "telepatía, y escucha voces que le dicen lo que tiene que hacer". Es el mayor de los hermanos, y actualmente tiene alucinaciones de tipo auditivo (voces que le hablan); le dicen: "elegido de Dios", "fui piloto y recorrí casi todo el mundo". Refiere ser descubridor del "carbono del sida".

Llora con facilidad, tiene ideas de tipo engañoso. A diario toma licor, cae en estados de embriaguez, no sabe lo que hace (se viste y se desviste) y golpea paredes.

Tiene hijos que lo rechazan y quieren botarlo de la casa porque está "de limosnero con borrachos callejeros". En 1970 decía estar aprendiendo hipnotismo y decía que había sido hipnotizado por un primo que le tenía cólera. Se le observaba en una actitud como de concentrarse en algo. En 1979 trabajó como joyero.

3. MATERIAL GRÁFICO



Plano del pabellón N° 20 del hospital "Víctor Larco Herrera"



Relación paciente-actor y público



Representación de "Bienvenido Niño Jesús"

