



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE LITERATURA DRAMATICA Y TEATRO



EL TEATRO COMO UNA ALTERNATIVA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO CRONICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN LITERATURA
DRAMATICA Y TEATRO
P R E S E N T A :
OMAR ALEJANDRO BECERRIL SERRANO

ASESORIA: LIC. LETICIA PAZ ZARZA



CIUDAD UNIVERSITARIA

OCTUBRE, 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco sinceramente

A quienes me lo dieron todo,
mis padres, Mauricio y Griselda,
eterna dualidad entre
la razón y la emoción.

A mis hermanos,
Mauricio, el enigma de la vida.
Luis y Cristina, la sabiduría y el arrojo.
Griselda, la fuerza de ser mujer.
Fernando, la aventura de vivir.
Carlos, mi presente, mi pasado, el mejor amigo.
Avidán, el más pequeño y el más grande.

A Mary,
el motor y la mujer de mi vida.

A mi asesora, maestra y amiga,
Leticia Paz,
con la que comparto tanto y sin
la cual este trabajo seguiría siendo
una gota en el tintero.

A los colegas,
Julieta, Laura y Adrián,
que aprendieron junto conmigo
el valor de mirarse en los ojos del otro.

A mis grandes compañeros de escena y
mejores como amigos,
Etienne, Yamil, Liliana, Julieta y Eduardo,
los brazos siempre abiertos.

A los pacientes,
por lo mucho que han abierto mis ojos a la vida,
a la que se vive desde dentro.

A los que dejaron en mí algo más que conocimiento,
los entrañables maestros:
Ignacio Rodríguez, Aimeé Wagner, Lech Hellwig,
Héctor Mendoza, Germán Castillo, Juan Carlos Muñoz.

A mis amigos de siempre,
que me enseñaron que dos por dos siempre
es igual a doscientos veintidós.

A los correctores de esta tesis:
Aimée Wagner, Carmen Conroy, Germán
Castillo y Martha Patricia Argomedo,
por sus contribuciones a este trabajo.

A las autoridades del Hospital Psiquiátrico
Dr. Samuel Ramírez Moreno,
especialmente a los Doctores
Hidalgo y Bustillos,
por su apoyo, paciencia y consejos.

A los que han estado conmigo siempre,
becerriles y serranos,
mi familia.

A Salvatierra,
la tierra que se mete por los ojos.

Al futuro,
Eycon, Sebastián y Sara,
mis entrañas.

ÍNDICE GENERAL

Introducción	4
1 El teatro	7
1.1 Visión general	7
1.1.1 El origen ritual	8
1.1.2 El espectáculo teatral	15
1.1.3 Mirando por la cerradura	19
1.1.4 El teatro educa y enseña	21
1.2 El teatro como cura	25
1.2.1 El teatro en la educación especial	26
1.2.2 El psicodrama	28
1.2.3 El <i>Playback theatre</i>	31
1.2.4 El <i>drama therapy</i>	32
2 El paciente psiquiátrico	35
2.1 ¿Quién es?	35
2.2 Enfermedades	36
2.2.1 Psicosis	37
2.2.2 Esquizofrenia	38
2.2.3 Psicosis maniaco-depresiva	43
2.2.4 Síndrome orgánico	46
2.3 Algunos problemas del aislamiento	47
2.4 La tradición psiquiátrica	51
2.4.1 Técnicas de tratamiento basadas en la biología	52
2.4.2 Psicoterapias	54
3 Acercamiento del teatro a la sintomatología psicótica	57
3.1 Las variables	58
3.1.1 Relajación	58
3.1.2 Concentración	61
3.1.3 Motricidad	62
3.1.4 Expresión verbal	63
4 Teatro y rehabilitación del discurso	65

4.1 <i>El sujeto del discurso</i>	65
4.2 <i>El sujeto y su discurso en el teatro</i>	68
5 Metodología	72
5.1 Protocolo	72
5.2 El proceso	73
5.2.1 El trabajo dentro del hospital	74
5.2.2 Proceso de selección y valoración inicial	75
5.2.3 Relajación	82
5.2.4 Concentración	84
5.2.5 Motricidad	86
5.2.6 Expresión verbal	88
5.2.7 El montaje	91
5.2.8 Desarrollo individual	103
6 Conclusiones	106
Bibliografía	112

Introducción

Como parte del proceso fundamental de la psiquiatría tradicional de nuestra cultura actual y occidentalizada, el paciente psiquiátrico es aislado del resto de la sociedad para ser analizado y tratado con la finalidad de posteriormente ser reintegrado a ella. Esto resulta en una tarea titánica para las instituciones psiquiátricas, donde la carencia de recursos, tanto humanos como materiales, hace que esta labor se complique aún más, sobre todo dentro de los hospitales públicos de nuestro país, en los que dichas carencias son multiplicadas por la ecuación: menores recursos económicos, mayor población de pacientes. Uno de los problemas más graves de la sobrepoblación hospitalaria es que un solo psiquiatra o psicólogo tiene que atender un número de usuarios superior a sus capacidades y a las de las terapias tradicionales, aún tan vigentes en los hospitales de nuestro país. Esta masificación repercute en todos los niveles de la conciencia del paciente y los procesos de rehabilitación se vuelven más lentos y despersonalizados.

Otro factor que entorpece los procesos de rehabilitación es la falta de interés de los pacientes en su propia rehabilitación, ya que dentro del hospital no necesitan esforzarse por obtener ningún bien o servicio, no necesitan trabajar para obtener los bienes y servicios básicos como comida, vestido y un lugar donde dormir, ni necesitan siquiera caminar más que unos cuantos pasos para ello; es decir que para subsistir, el paciente no necesita hacer nada más de lo que ha venido haciendo hasta entonces. Además, la comunicación es casi nula y las relaciones interpersonales pobres. Todo esto conduce a un entorpecimiento físico, emotivo y psicológico del paciente, que al sumarlo a las

circunstancias particulares de su enfermedad, observamos que el proceso de rehabilitación se estanca y en ocasiones parece imposible. Por ello es necesario buscar continuamente nuevas alternativas para la rehabilitación psiquiátrica que puedan hacer frente a todos estos inconvenientes y ataquen de forma global e integradora la problemática de los pacientes psiquiátricos crónicos, a diferencia de las terapias tradicionales.

El teatro ha sido empleado por el ser humano, desde que ambos existen. El hombre ha encontrado diversas funciones en el teatro, más allá del fin *per sé* que la mayor parte de los teóricos, afirman, tiene el arte. Al ir atravesando por una gran diversidad de funciones, el teatro ha adquirido un gran diversidad de técnicas, sistemas y tecnologías que le auxilian en cada fin determinado, por lo cual, desde principios del siglo XX algunos investigadores han encontrado en el teatro un conglomerado de procesos que han sido empleados para la rehabilitación mental y fisiológica de algunos problemas específicos.

Si bien, es cierto que el teatro ha sido utilizado desde hace varias décadas como un auxiliar terapéutico tanto por su característica grupal, como por sus cualidades regenerativas en el área socio psicológica; por otro lado observamos que la mayor parte de las técnicas teatrales terapéuticas existentes se han limitado a enfrentar ciertos aspectos de las enfermedades o deficiencias, empleando solamente algún elemento del teatro, como la improvisación y la interpretación de roles en el psicodrama.

La presente tesis es presentada con el objetivo primordial de encontrar nuevas alternativas a la rehabilitación del paciente psiquiátrico crónico que , de forma integral, ayuden al paciente a reconstruir las estructuras físicas y de la

conciencia dañadas o alteradas por la enfermedad, el rechazo social y el aislamiento.

El paciente psiquiátrico crónico presenta serios problemas a causa del encierro, que se suman a los síntomas propios de su enfermedad; problemas de dicción en el habla, de relación, deficiencias físicas, dificultad para llevar a cabo procesos, etc.

La enseñanza de la técnica teatral tradicionalmente se ha enfocado al desarrollo de algunas de estas características en el actor (dicción, proyección de la voz, desarrollo de relaciones interpersonales en un grupo de trabajo dado, elasticidad muscular, concentración de la atención, desarrollo de emociones, etc.) Por lo tanto, la enseñanza teatral puede ser un auxiliar eficaz en el proceso de rehabilitación del paciente psiquiátrico crónico.

El objeto de estudio de la presente tesis es el impacto producido por algunas de las técnicas utilizadas en el entrenamiento actoral, aplicadas a la rehabilitación del paciente psiquiátrico crónico; demostrando al mismo tiempo que esta persona es capaz de integrarse al trabajo de grupo, posibilitando así su reinserción dentro de la sociedad y los sistemas económicos sustentantes.

Estas técnicas de entrenamiento, como se verá en capítulos subsecuentes, son las contenidas dentro de las variables a tratar: relajación, concentración, motricidad y expresión verbal, así como las requeridas para el montaje y posterior representación de una puesta en escena.

1 El teatro

1.1 Visión general

Responder a la pregunta *¿Qué es el teatro?* con una definición práctica y tajante sería injusto para todos aquéllos que han consagrado sus vidas a él, ya que cada definición responde a una función determinada que el teatro ha cumplido, tanto en un momento socio-histórico particular, como en grupos de trabajo determinados, pero sobre todo, cada definición responde a las necesidades y puntos de vista de aquél que la enuncia. Al hablar de una funcionalidad del teatro, se plantea también un problema mayor, la función del arte. ¿Es el arte un fin en sí mismo? ¿No puede llevar alguna función implícita?. Primero debemos aclarar que el arte es una forma de comunicación, en el sentido lingüístico: emisor-mensaje-receptor, es decir, artista-obra-espectador. En ese mismo sentido podemos entender que tanto emisor como receptor necesitan *algo de ese mensaje* particular. Ese *algo* que no siempre es posible definir, en un primer nivel es el goce estético y emocional, y que si satisface una necesidad, cumple una función. De esta primer función estética del arte se desprenden muchas mas. Para el presente trabajo de tesis me he enfocado en las funciones que he considerado más importantes para comprender, en forma global, al teatro desde sus orígenes: El teatro como medio de comunicación espiritual, como medio de información, como medio de diversión, como medio educativo, como medio terapéutico, etc. Cada una de éstas se entrelazan apretadamente, y las divisiones entre ellas en ocasiones son difíciles de establecer, una obra lleva implícitas más de una función, aunque, por lo general, alguna de ellas resalta por encima de las otras.

El punto de convergencia de estas diversas funciones es la esencia misma del teatro, su carácter revelador, como se verá con mayor profundidad en capítulos subsecuentes, el teatro revela aquello que está oculto. Dependerá de la función que el artista o el espectador busquen dentro del teatro, lo que por él les sea revelado, ya sea del orden de lo sagrado, de lo moral, de lo psicológico, de lo estético, etc.

En el presente capítulo haré una breve revisión a través de algunas de estas funciones del teatro, histórica y teóricamente para obtener una visión panorámica, que nos permita justificar la presente tesis en relación a la validez de una teoría funcionalista del arte, para llegar finalmente a justificar una función terapéutica, que es la que interesa a esta investigación y a la que se le ha dedicado un apartado especial. Dentro de la primer mitad de este capítulo desarrollaré las cuatro funciones que he considerado más relevantes, porque cumplen con las necesidades más importantes de cada periodo y sector social a través de la historia de la humanidad, que en ciertos puntos, como ya he mencionado, convergen, por lo que se verán en distintos momentos lo que pareciera ser el mismo género, estilo o corriente teatral. Para ello, en cada apartado, serán analizados solamente algunos ejemplos de la historia del teatro. Así pues, comenzaré por analizar:

1.1.1 El origen ritual

Bajo el nombre de *origen ritual* propongo aquella función en la que tanto el artista como el receptor han encontrado, dentro del teatro, un medio de

comunicación metafísica con la esencia de la naturaleza humana y/o con la divinidad.

En tan pocas cosas coinciden los estudiosos del teatro como en su origen, el rito:

The origins of the theater go back far into the past, to the religious rites of the earliest communities. Throughout the history of mankind there can be found traces of songs and dances in honor of a god...¹

y en *El arte teatral* :

Más si en lugar de una imagen inmóvil se ofrece, a las almas de los animales que se pretende cazar, el cebo de una imagen animada, se dejarán atrapar más fácilmente (...) Así comenzó en todas partes el teatro.²

Algunos autores afirman que el ritual es en sí mismo un hecho teatral, o que un texto escrito en forma de diálogo es la evidencia primera e indispensable para aseverar la existencia de un teatro en determinada cultura. Discusión que no se fomentará en este espacio, por ello me he de referir al origen ritual como fenómenos parateatrales.

Pero como todo en el estudio de la Historia antigua, las conclusiones se basan en conjeturas lógicas a partir de las fuentes y datos históricos obtenidos y analizados siglos e incluso milenios después de su existencia, lo que hace indispensable la búsqueda constante y continuo análisis de las fuentes de información histórica.

Los primeros seres humanos que poblaron la tierra, en un punto culminante de nuestra evolución, pudieron tomar conciencia de la vida y de su dualidad

¹ *Los orígenes del teatro se remontan a un pasado lejano, a los ritos religiosos de las primeras comunidades. A través de la historia de la humanidad se pueden encontrar vestigios de canciones y danzas en honor de algún dios.* Phyllis HARTNOLL, *A concise history of the theater*. T&H. London, p. 7

² Gastón BATY y René Chavance, *El arte teatral*. FCE, México, 1992, p.9

con la muerte, ante la cual se sintieron desolados, sin poder comprender bien a bien su lugar en el medio que les rodeaba. Por otro lado, las fuerzas de la naturaleza, su rigor e inclemencia, aun inexplicables desde un punto de vista científico, requerían, para aliviar su frustración, de un sistema que les explicara y les hiciera a un tiempo partícipes de él, así se fueron creando sistemas religiosos de gran complejidad que respondían a tal necesidad. Junto con esta explicación, que les proveía una cierta seguridad, también venían ciertas obligaciones ante lo que podemos llamar su *cosmogonia*, obligaciones de orden moral, cívico y religioso, así nacen los ritos, y con ellos las artes.

A fin de comprender mejor esta evolución del pensamiento humano y su función ritual, debemos analizar la esencia de la diada mito-rito.

El mito es la explicación lógica de los sucesos del orden natural, los cuales toman un nivel metafísico, es decir, que van mas allá de la materia. Cada mito existente ordena y explica un fenómeno particular de la naturaleza como la lluvia, la muerte, la vida, la creación del universo, etc. Roger Callois considera al mito como aquello que aparece manifiestamente como una impresión del espíritu en búsqueda de lo que está detrás de las cosas.³

Pero el hecho de que la mitología sea la explicación del mundo material por medio de suposiciones metafísicas, pareciera ser producto de una mente infantil (y lo es, sólo en la medida en que el ser humano que produjo tal concepción del mundo no había desarrollado aún lo que hoy conocemos por ciencia), no es más que una parte superficial de la existencia del mito: Los

³ Roger CALLOIS, *El mito y el hombre*. FCE, México, 1998, pgs. 17 y 18.

*fenómenos naturales no desempeñan sino un papel de marco, y deben considerarse como un primer condicionamiento terrestre*⁴.

Un segundo nivel del mito comenzaría a partir de la práctica, primero en un nivel cotidiano, a través de las leyes morales y cívico-religiosas y segundo en la representación misma del mito, en donde *...Las situaciones míticas se pueden interpretar entonces como la proyección de conflictos psicológicos*⁵. Aquí hemos de recordar el trabajo del psicoanálisis, en el que se habla del héroe como la proyección misma del individuo; en el mito, el héroe trasciende y rompe con los esquemas de la sociedad a la que el individuo pertenece, ejecuta aquel acto-tabú que el individuo ha deseado en forma inconsciente, robarle los poderes al dios, matar o aniquilar al poder supremo, etc. *El héroe es por lo tanto quien resuelve el conflicto en que se debate el individuo*⁶. Esta violación de lo establecido sólo es posible dentro del marco de lo sagrado. Pero el mito es trascendido por su propia representación, y es aquí donde entra de lleno la importancia del rito, que es el trampolín entre el individuo y el mito, el exceso permitido dentro del marco de *lo sagrado*. Es el rito lo que da forma, justificación y contenido al mito; es el mito repetido, producido y vivido por el individuo, ante y para la sociedad; *...el rito realiza el mito y le permite vivir (...)* (ya que el mito sin el rito) *no es sino literatura, como la mayor parte de la mitología griega*.⁷

Durante el rito, el miedo y la angustia colectiva que dieron origen al mito, se liberan, dejando fluir esa energía a través del cuerpo social de la comunidad,

⁴ *Ibid.*, p. 21

⁵ CALLOIS, *Op. Cit.* pp. 27 y 28

⁶ *Ibid.*, p. 28

⁷ *Ibid.*, p. 30

dándole una unidad y confrontándolo al mismo tiempo con sus propios miedos. Éste es el carácter del primer teatro que evoluciona a partir del ritual.

En todo el mundo se pueden encontrar rastros de culturas antiguas que nos han dejado un legado riquísimo en ritualidad, algunas de las cuales evolucionaron hasta un nivel de complejidad religiosa, estética y social que dista ya muy poco del primer teatro griego, en donde las danzas, la música, las máscaras, el maquillaje, los versos y la personificación de deidades se entrelazan para dar un carácter sofisticado, artístico, a la representación del mito.

Esta ritualidad, que por el momento solamente llamaré fenómenos *parateatrales* o *representacionales*, siguen cumpliendo a un tiempo la función de transmitir y vivir el mito, con todas sus implicaciones religiosas, pero también ha creado en el hombre la necesidad del goce estético, del espectáculo, necesidad que da origen a las artes escénicas.

Sin intención de atacar las tendencias históricas que pretenden encontrar una línea progresiva entre cada cultura, podemos observar en cada nueva cultura un desarrollo que va de lo espiritual a lo estético y de lo estético a lo material, así podemos decir que, junto con el nacimiento de cada nueva cultura, podemos encontrar el florecimiento de un nuevo teatro ritual que, a la par de la religión, va ayudando a establecer una conciencia religiosa y moral dentro de la colectividad. Así lo podemos comprobar al estudiar los últimos siglos del primer milenio y los primeros albores del segundo dentro del marco del rito cristiano.

Conforme los cánones de la misa cristiana se fueron estableciendo, los clérigos comenzaron a representar dentro de la misa, el papel de Cristo, y se fueron agregando personajes que eran requeridos para el desarrollo de la acción de un pasaje. Es difícil determinar en que momento este *fenómeno ritual parateatral* se convierte en un *teatro de catequesis* o en espectáculo, y con certeza podemos afirmar que la evolución de este teatro y su posterior derivación en uno de ideas, fue muy breve, a diferencia de lo ocurrido en otras culturas, bien pronto se sale de las grandes iglesias para establecerse entre el pueblo.

Esta *fenomenología de lo teatral*, a su vez rito, a su vez espectáculo, ayuda al individuo a comprender el cosmos y su lugar en él, al tiempo en que le libera de la culpa del deseo de destruir el orden establecido en un continuo juego entre el *orden-caos*. Es por eso que no podemos cerrar este capítulo sin tomar en cuenta los sucesos teatrales del siglo veinte: cuya llegada trae una serie de cambios en todo el mundo: cambios sociales y políticos que se reflejan en todos los ámbitos de la vida del ser humano y en prácticamente todas las culturas, incluso en algunas que hasta entonces habían permanecido aisladas a los cambios y al resto del mundo.

Previamente, los avances tecnológicos, económicos y políticos del siglo XIX y principios del XX habían creado en el imaginario colectivo de occidente la sensación de que la humanidad, entendida hasta entonces como el mundo occidental, había llegado a su madurez, que se había llegado lo más cerca de la perfección a la que el ser humano podía aspirar. Pero ocurrió algo que

cambarla la historia del mundo entero, arrastrando este positivismo y poniendo de cabeza toda la ideología occidental para siempre: lo que darían en llamar por aquel tiempo "la guerra que acabaría con todas las guerras", que hoy la historia conoce como Primer Guerra mundial que, lejos de terminar con todas las guerras, desencadenaría la Segunda Guerra mundial y una serie de revoluciones y guerras en menor escala que envolverían a una gran parte de los países del mundo. En todas estas guerras, el despliegue de inventiva y tecnología empleado para crear máquinas, químicos y bombas de destrucción masiva, sobrepasó la imaginación. Como nunca antes, millones de seres humanos murieron, cientos de ciudades fueron destruidas; la pobreza extrema que dejaron detrás las guerras fue aprovechada por otros países para enriquecerse, hechos que en conjunto, fueron poco a poco acabando con las esperanzas y la credibilidad que la población común tenía en su propia cultura.

Varias generaciones de jóvenes destruidas, entregadas en carnicerías que parecían no tener ningún sentido, ventaja o justificación para el vulgo.

Entonces nace en el ser humano (de nueva cuenta) la necesidad de explicarse el mundo y su cosmogonía, en este caso con la conciencia de que la ciencia y las religiones preexistentes no pudieron ya ser suficientes para encontrar una lógica a toda aquella sinrazón del mundo que había creado *la razón*.

No hay ningún otro periodo en que la relación entre la sociedad y el teatro haya sido tan clara y profunda como en este, sin precedentes en escala y magnitud. El desmoronamiento ideológico, intelectual, material y psicológico que se dio a partir de las grandes guerras tuvo repercusión inmediata en todos

los niveles dentro de la escena, la cual no había visto un cambio tan acelerado e importante, ya que ninguno de sus procesos evolutivos había roto de tan profundo sentido con la forma tradicional de pensar, hacer y ver el teatro. Una vez más el teatro, junto con el resto de las artes son llamadas, defendidas y vistas como verdaderas armas políticas, sociales y sobre todo espirituales, como lo expresa Alfredo Michel:

El teatro correspondió con la urgencia de la liberación, se inscribió en el mismo espacio que la ruptura de los moldes, la cultura de las drogas, el desenmascaramiento de Vietnam, los festivales de Rock y la liberación sexual y femenina; en suma, en el contexto de una historia tan reciente como apresurada en su capacidad de transformación y, a la vez, desilusión.⁹

Ejemplos claros de esto son los proyectos como el *Living Theater*, guiados por las ideas establecidas por Antonin Artaud en sus textos acerca del *Teatro de la Crueldad* (1938), el teatro laboratorio del polaco Jerzy Grotowski (1962), en México, el Dr. Oscar Zorrilla y el Dr. Gabriel Weisz imparten en la licenciatura de Literatura Dramática y Teatro (F.F. y L. UNAM) el seminario de investigaciones etnodramáticas (1982) donde participan estudiantes y personalidades del teatro como Elena Guardia, Juan Soriano y Nicolás Núñez, quien fundará el Taller de Investigación Teatral (1975) donde desarrolló sus teorías sobre el *Teatro antropocósmico*. Todos ellos se han dedicado a la exploración y aplicación al teatro de ciertos cánones rituales extraídos de diversas culturas alrededor del orbe, buscando una vez más una función ritual, metafísica (no religiosa) en el teatro.

⁹ Alfredo MICHEL, *El teatro norteamericano*, Instituto Mora, 1993. p. 121

1.1.2 El espectáculo teatral

Todo teatro es por definición un suceso extracotidiano, pero *el espectáculo teatral* tiene su base en este alejamiento de la de la rutina.

Toda persona que se acerque al teatro con el afán de ver en escena algo que le haga olvidar su vida cotidiana, su pequeñez ante el universo, en algún lugar y momento, lo habrá de encontrar. Ya sea en la farsa, en donde los personajes son capaces de realizar los actos más grotescos y que han sido vedados por la sociedad, aquellos a los que no nos atrevemos; hasta la majestuosidad de un palacio de ensueño en donde transcurre una escena romántica entre una princesa y un caballero.

El espectáculo teatral tiene como objetivo primordial el entretenimiento, la diversión, ya sea mostrándonos lugares que no vemos en la realidad o los saltos y malabares que los humanos, fuera de la escena sólo han soñado.

Al evolucionar las culturas, en su todos sus aspectos: intelectuales, científicos, económicos y políticos, generalmente sobreviene un relajamiento espiritual y religioso. Por lo que toda forma ritual se ve empobrecida y sustituida por formas de diversión menos espirituales. En todas las culturas, cuya evolución económica y política no se ha visto truncada, el teatro ritual ha evolucionado, saliendo de los templos y festividades religiosas a la calle, la fiesta pagana y el espectáculo. Ya en sus últimos momentos el teatro griego, se había convertido en una fuente de espectáculos que, aunque con temas religiosos, ya poco tiene que ver con el rito. Este teatro, fársico a veces, trágico

otras y rimbombante las más, sería el que Roma abrazara y que posteriormente haría evolucionar hasta niveles nunca antes vistos.

El carácter Romano ha pasado a la historia como uno de los más belicosos, racionales y hedonistas; por lo general los intereses de este pueblo fueron mucho más mundanos que espirituales, lo cual hizo de Roma el lugar más indicado para que se desarrollara en ella un teatro espectacular, cuya función casi única y primigenia fue la diversión.

La mímica fue acogida mejor que la versificación, y las obras griegas se reinterpretaron, reelaboraron y vueltas a poner en escena bajo criterios romanos; pero sobre todo, prospera la comedia y la farsa: sus grandes dramaturgos son cómicos.

Con el paso de los años el teatro de dramaturgos fue perdiendo terreno ante los espectáculos sangrientos, llamativos y bufos, que se fueron apoderando del gusto de la gente y de los teatros romanos. Entre estos espectáculos destacan las atelanas, los mimos, las carreras de carros, las batallas navales y las de gladiadores. De éstos el que logró mayor éxito entre las clases gobernantes, a pesar del gran auge masivo que tenía el circo, que servía para controlar y mantener conforme al pueblo, fue el de la pantomima, un espectáculo teatral, mitad improvisación y mitad destreza física fundamentado en la habilidad del intérprete.

Estos espectáculos se desarrollaban en pequeños tinglados, y su principal fuente de inspiración eran los hechos del momento, de los cuales hacían parodias con un alto contenido sexual, pero también existían mimos dedicados a la mimesis de la tragedia.

Tras la caída del Imperio Romano de Occidente, el teatro, pasa por un periodo de latencia (El circo tardó todavía en desaparecer, ya que no fue sino hasta la llegada de los primeros gobernantes católicos que es prohibido del todo, ya que sus ancestros habían sido perseguidos y sacrificados en él.); al ser prohibido por las leyes católicas el teatro se somete a un largo proceso de hibernación, en el cual no desaparece por completo pero es relegado hasta el punto de que toda persona dedicada a este *oficio* era excomulgada de la Iglesia Católica. En el otro lado del Imperio Romano, el de Oriente, hacia el siglo IV d.c. aun se pueden encontrar rastros aquellas compañías de juglares y mimos.

Incluso el emperador romano Justiniano I hizo emperatriz del imperio a una actriz.

Existen edictos de los siglos VIII y IX que prohíben a los actores hacer mofa y salir al escenario disfrazados de clérigos.

Estas formas de teatro fársico, cuyo objetivo es el de la diversión, serán las que lo mantendrían discretamente vivo durante cerca de ocho siglos, dando origen más tarde a la *comedia dell' arte* (farsas improvisadas que requerían de una gran destreza física, de gran tradición en toda Europa), puente firme al teatro renacentista e influencia de muchos dramaturgos como Moliere, Shakespeare, Calderón, etc.

Son éstas, formas teatrales que nunca han dejado de divertir a los públicos diversos que hoy asisten en grandes cantidades, pagando precios elevados en los teatros de Broadway, o se aglomeran en las pequeñas plazas provincianas de cualquier parte del mundo, para cambiar su tedio por un rato de diversión,

una descarga de alegrías, risas, llanto o simplemente de anécdotas bien contadas que le ayudan a olvidar su vida diaria. Bailando desde el melodrama de Versalles hasta la comedia musical, o gritando vulgares frases de doble sentido desde las carpas hasta el cabaret, el teatro ha cumplido con otra de sus funciones: el teatro ha divertido: Como una compensación de la vida cotidiana, el teatro regala a su público un momento de liberación, de entrega al placer y a la laxitud.

El teatro ha creado ilusiones capaces de superar la realidad del espectador, quien las vive, las goza y las necesita para hacer más sustentable una vida desesperadamente cotidiana. Por ello el teatro ha desarrollado una enorme maquinaria de ilusiones: ha llamado músicos, ha entrenado actores para el baile, la acrobacia, y el canto, ha aprendido la ciencia exacta del color y la luz, la óptica, la física, la ingeniería, la electrónica, etc. Las posibilidades son inmensas, tantas como ofrezcan la tecnología y la imaginación, a fin de crear una sonrisa, un respiro, un momento de evasión en el espectador.

1.1.3 Mirando por la cerradura

Desde que imperan las estructuras sociales y religiosas de occidente, estas han restringido con vehemencia las manifestaciones emocionales del individuo, el ser humano ha ido desarrollando un inusitado y complejo sentimiento: el morbo.

Mientras más represión existe en una sociedad sobre temas como el sexo, la muerte, etc. más se difunde la necesidad de ellos, por lo que es común que en sociedades moralmente represoras se difundan espectáculos ajenos a la

"moral" imperante, en los que se presenten todo aquello que la estructura social ha querido ocultar.

El teatro, desde sus inicios, ha contado historias y presentado personajes que sienten o representan sentir emociones intensas dentro de situaciones poco comunes. La importancia de ello va más allá de la emoción misma, radica en su expresión pública. Gracias, en gran parte a este *vougerismo*, a este morbo de ver lo que hacen los demás tras de sus puertas, es que crece un teatro específico conocido como *de la cuarta pared*, en el que se tiene la impresión de estar mirando a través de la cerradura, de estar espionando a los personajes. Si por un lado el realismo responde a un movimiento artístico y social, en el que se trata de mostrar la realidad tal cual es, por otro lado, en el teatro realista se ha promovido este *vougerismo*, que a veces ha derivado en espectáculos que llegan al paroxismo, como el *performance* y es el motor para otros espectáculos menos teatrales como los *live show* y el más reciente (en nuestro país) programa televisado *Big Brother*.

Pero los espectáculos en los que el espectador goza viendo escenas donde es el *otro* el que goza o sufre, no son particularmente de los tiempos del realismo, San Agustín ya se queja de ello en su libro *Las confesiones*⁹, donde el teólogo hace referencia a los últimos tiempos del teatro romano, ya cristianizado, en el que se representaba el sufrimiento de los seres humanos para que el espectador sintiera misericordia de los personajes, en lugar de sentir misericordia del prójimo.

⁹ San AGUSTÍN. *Las confesiones*. Porrúa, México, 1995, pp. 30-32

Es difícil establecer la diferencia entre el espectador que se acerca al teatro por un morbo de ver lo que en la calle no puede, y aquél que sencillamente se encuentra identificado con los sucesos de el espectáculo. Pero es en este sentido que el teatro guarda mayor relación con el *strip lease* que con cualquier arte: la danza se acerca más a la pintura y a la música, cuyo único interés es el de *mostrar*, mientras que para el teatro es el de *revelar*, porque en la escena realista una persona se encuentra *desvestida* y es observada *sin que ella lo sepa* como en un acto de *vougeur*. Si bien lo que es desnudado en el teatro del realismo-naturalismo en pocas ocasiones es el cuerpo físico, se desnuda siempre el cuerpo psicológico del actor y se tiene la sensación de estar espiando a través del ojo de la cerradura.

1.1.4 El teatro educa y enseña

El teatro ha encontrado su más clara funcionalidad en la transmisión de ideas y en su empleo como medio educativo, desde sus inicios.

Los juglares, trovadores y mimos de la Edad Media representaban los acontecimientos más trascendentes de la región y los llevaban de pueblo en pueblo, transmitiendo así las noticias más relevantes, al tiempo en que estas eran criticadas.

Muchos son los nombres de aquéllos que han encontrado en el teatro un aliado para causas políticas, religiosas y educativas, por ejemplo: El

proletariado de la Revolución Industrial en la Europa de finales del siglo XIX, Bertold Brecht en su teatro épico, Piscator en su teatro político, o el *movimiento* de los años sesentas-setentas, del que ya hemos hablado en el índice dedicado al teatro ritual.

Pero el ejemplo mas claro y cercano a nuestra cultura es el periodo del *teatro de evangelización* empleado principalmente por las órdenes franciscanas en la América conquistada por las armas y aún por conquistar en lo espiritual. Esta forma teatral tiene su origen en la Europa Medieval, donde fue empleada con mucho éxito para terminar de catequizar y unificar religiosamente a un gran mosaico de culturas que cohabitaban un mismo continente.

La estructura ritual de las culturas prehispánicas tenía ya constituido un esquema representacional, que ayudó enormemente al gran éxito del teatro de evangelización en la conquista espiritual, éxito que en más de una ocasión ha sido comparado con el de las armas de fuego y el caballo en el orden de la conquista militar, como lo hace la Doctora María Sten en su *Vida y muerte del teatro náhuatl*:

A lo largo de la ruta que los conquistadores fueron marcando, los frailes iban construyendo espacios religiosos donde se catequizaba a los indígenas; los atrios y capillas abiertas tomaron una importancia trascendental, ya que en éstos se enseñaba el rito cristiano de forma masiva, y fue en allí donde se representaron los primeros indicios de un teatro evangelizador.¹⁹

Los frailes pronto comprendieron que el rito cristiano, tal cual era, representaba un mundo dimensionalmente ajeno a la concepción religiosa y social de los nativos de América, así que tomando en cuenta la popularidad del

"aparato espectacular" de los ritos y fiestas de este continente, comenzaron a adoptar los recursos externos tanto de la ritualidad prehispánica como del viejo teatro religioso-pagano de la Europa medieval, y pusieron especial énfasis en los misterios litúrgicos:

Emplearon así, el teatro en sus trabajos apostólicos de evangelización, seguramente con muy buenos resultados, pues aquellas sencillas almas deben haber encontrado más fuerza emotiva, incomparablemente, en ver al ángel, espada en mano, expulsar del Paraíso Terrenal a Adán y a Eva, y deben haber contemplado, espantados, la precipitación en las llamas infernales de los réprobos en el Juicio Final, todo eso con mucha más emoción que lo que pudieran oír y medio comprender en los sermones sobre el dogma del pecado original o de las postrimerías del hombre.¹⁰

Acerca de qué obra y en dónde se representó por primera vez no hay una concordancia exacta. Se hace referencia a la de *El Juicio Final* en Tlatelolco hacia el año de 1533. Pero tal vez no sea sino hasta el año de 1538 cuando se hace más tangible un teatro de evangelización, para el día de San Juan Bautista, en Tlaxcala, se representaron cuatro obras, traducidas al náhuatl. A partir de entonces fueron multiplicándose el número de representaciones de autos sacramentales y de fe, dramas litúrgicos, alegorías y misterios, todos con temas religiosos o bíblicos, en todo el territorio novohispánico.

Existen múltiples referencias y crónicas acerca de cómo se llevaban a escena dichas obras, y sobre la amplia gama de recursos empleados, todos espectaculares, con el fin de acercar a los asombrados indígenas, nuevos feligreses, al catolicismo. Dentro de éstos recursos destacan: las constantes

¹⁰ María STEN, *Vida y Muerte del teatro náhuatl. El Olimpo sin Prometeo*. México, SEP, 1974, p. 7-8 (Sep Setentas, 120)

¹¹ José ROJAS Garcidueñas, *El teatro de evangelización, en El teatro franciscano de la Nueva España*. María STEN, coord., UNAM, CNA, FONCA, 2000, p. 65

traducciones al náhuatl de muchas obras, la utilización de escenarios múltiples, como en la de *El del Juicio Final*, que era llevada a escena a través tres niveles: el cielo, la tierra y el infierno, la ayuda de maquinaria teatral sorprendente y pólvora para obtener efectos especiales. Además se sabe que en algunos casos se dejaba a la imaginación de los propios indígenas el diseño de bailes, vestuarios e incluso del espectáculo en general:

Los frailes proyectan, ordenan, y (...) escriben las palabras que han de decirse, pero los encargados de disponer el cuadro en el que el teatro ha de ejecutarse son los indios, que siguen gustosos sus propios procedimientos.¹²

Este sincretismo sería el elemento clave para el éxito del teatro como el arma más poderosa que la religión católica ha empleado hasta nuestros días: ocho siglos le llevó a la Iglesia cristianizar a toda Europa, uno solamente convertir al catolicismo al continente recién conquistado.

A pesar de ello, este sincretismo, junto con el teatro como medio evangelizador no duraría demasiado, con la llegada de otras órdenes religiosas al Nuevo Mundo, llegarían también nuevas necesidades y leyes, ya que:

...la tercer generación había sido cristianizada desde su infancia y el teatro de evangelización hubo de desaparecer porque su misión estaba ya cumplida...¹³

Por supuesto la misión de el teatro como medio de comunicación y de conquista cultural, no ha concluido.

¹² Ángel María GARIBAY, *Historia de la literatura náhuatl*, tercera edición, México, Porrúa, 1987, p. 125

1.2 El teatro como cura

Desde hace varias décadas, el teatro ha sido empleado también como un *medio auxiliar* en la rehabilitación y en la terapia de diversas enfermedades psico-fisiológicas. El primer referente del que se tiene registro acerca de la utilización del teatro como medio terapéutico en nuestro país lo podemos encontrar en la *Memoria* de Tiburcio Montiel, gobernador del *Distrito Federal*

¹ Jose ROJAS Garcidueñas, *El primer siglo de Teatro en México*, en *Artes de México, el Teatro en*

hasta 1873, en donde hace referencia al *Hospital del Divino Salvador* para enfermas mentales:

...un pequeño teatro adonde suelen dar representaciones de comedias ligeras las mismas enfermas, lo cual les procura un alivio notable, no solo por la expansión que estos espectáculos producen en su ánimo, sino porque ese ligero trabajo cerebral fija mucho sus ideas, arrancándolas de su eterna divagación a que las arrastra el delirio.¹⁴

En la actualidad, el teatro como medio de rehabilitación, es parte importante del mosaico de técnicas utilizadas en escuelas de educación especial y en hospitales psiquiátricos, así como en consultorios y centros de rehabilitación, lo cual ha requerido de años de trabajo por parte de todo tipo de investigadores de esta área, los cuales han indagado en áreas específicas del teatro que generalmente sirven para la rehabilitación o la educación de algún tipo de enfermedad, desorden o problema particulares, y los resultados van de acuerdo con la preparación de cada investigador.

Algunas de estas investigaciones han dado origen a técnicas específicas de trabajo, diseñadas, elaboradas y perfeccionadas por años, como el *psicodrama* o el *playback theatre* y el *drama therapy*.

La versatilidad y la gran variedad de formas de trabajo y entrenamiento actoral dentro del teatro hacen que éste se adapte a prácticamente cualquier necesidad, creando, una diversidad de técnicas que, en su mayoría, quedan sin registro más que en algún reporte hospitalario.

He dividido éstas técnicas en cuatro: 1) **El teatro en la Educación Especial**. Que comprende el trabajo dramático en los centros especializados para niños con problemas de aprendizaje, locomotrices, síndrome de Down,

México, México, 1968, número 123, p.10

retardo mental, etc. 2) **Psicodrama**. Que hace una revisión del trabajo de su creador, Jacobo L. Moreno, en sus diversas modalidades, como la terapia de parejas, en centros de reintegración social, etc. 3) **El *playback theatre***, técnica que deriva del psicodrama, y 4) **El *drama therapy***.

1.2.1 El teatro en la Educación Especial

La educación especial es aquella que estudia y aplica la pedagogía auxiliar para casos específicos de niños y adolescentes que presentan alguna dificultad o impedimento para responder a la pedagogía tradicional. Estos pueden ser de: deficiencias de tipo físico o motor (deformaciones, parálisis cerebral, etc.), disminución o deficiencia sensorial (ceguera, sordera, etc), debilidad mental, anomalías de conducta, dificultades de adaptación social, deficiencias específicas del aprendizaje, etc.

En 1968 expertos de todo el mundo fueron reclutados por la UNESCO para elaborar planes de trabajo de carácter internacional, en materia de Pedagogía auxiliar, quienes arribaron a la siguiente definición de Educación Especial: "*Forma enriquecida de educación general, tendente a mejorar la vida de aquellos que sufren diversas minusvalías...*"⁵

El objetivo principal de la Pedagogía auxiliar o Educación Especial es la realización óptima de las posibilidades individuales del niño o adolescente *especiales* para su paulatina integración en grupos sociales, laborales, etc. de acuerdo con las exigencias de la sociedad y su sistema productivo. Para ello, la Educación o Pedagogía Especial se apoya en los conocimientos de diversas

⁵ Apud NOVO, Salvador. *Un año hace ciento*, Porrúa, México, 1973, pp. 76-77

áreas, como la Socio Pedagogía, la Psicología, la Psicoterapia, la Medicina, etc.

A partir de la década de los 60s¹, el teatro ha sido empleado con mayor frecuencia en las escuelas de educación especial. Pero como en cada caso se requiere de una técnica especial, que generalmente tiene más que ver con la experiencia del investigador dentro del teatro, que con una técnica consecuente y rastreable, podemos encontrar algunos registros, como el trabajo publicado por el INBA *Teatro para la educación especial*¹⁶ o tesis profesionales, como la de Priscila Espinosa: *El teatro como instrumento terapéutico en las escuelas de educación especial*¹⁷. En estos ejemplos, las técnicas que se utilizan son ampliamente distintas.

En su tesis, Priscila Espinosa, propone una serie de técnicas con un objetivo progresivo que incluye el juego dramático, el desarrollo de la respiración, la expresión verbal y corporal, la fuerza motriz, etc., a través de un sistema desarrollado, que tiene un comienzo y un fin.

Por otro lado, el trabajo desarrollado en el INBA y compilado por Socorro Merlín, constituye una serie de proyectos teatrales, independientes, con una unidad y características específicas de creación colectiva, cuyo fin es el montaje de una obra de teatro.

1.2.2 El psicodrama

¹ Jhon MCKENA, et al. *La educación especial*, UNESCO, 1977, p. 11

¹⁶ Socorro MERLÍN, et al. *Teatro para la educación especial en el INBA*, INBA, México, 1987 (Teatro)

¹⁷ Priscila Sarai ESPINOSA, *El teatro como instrumento terapéutico en las escuelas de educación especial*, Tesina, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México, 1995

El Psicodrama es el juego por excelencia, el juego serio, el juego de la vida, de la realidad, en el cual la realidad se representa para que, jugando y sin el temor de estar inmiscuidos en ella, podamos observarla y trascenderla, entendiendo el término representar como lo hace Henry Gouhier: "*Representar es hacer presente a través de las presencias.*"¹⁸

El psicodrama es una Psicoterapia de grupo, lo cual quiere decir que está fuera de los cánones del psicoanálisis en su sentido de monólogo en el que el paciente, guiado por el psicoanalista, *verbaliza* su conflicto interno. Esto no quiere decir que no haya ideas en común, ni que no compartan alguna característica técnica; de hecho una de las ramas del Psicodrama es una síntesis de estas dos teorías, el Psicodrama y el Psicoanálisis: el *psicodrama analítico*.

En el psicodrama, el individuo o *protagonista*, ayudado por los terapeutas o *psicodramatistas* y los compañeros de juego o *YO auxiliares*, representan escenas a partir de conflictos personales en las cuales se analizan y exploran los problemas y sus soluciones: "*El protagonista presenta un problema privado o colectivo; los yo auxiliares le ayudan a dar vida a su drama personal y colectivo, y a corregirlo...*"¹⁹ aunque la sola representación es ya una solución a tales problemas: "*Moreno se basa en el supuesto de que toda vivencia que se repite psicodramáticamente pierde su carácter traumático de la primera vez.*"²⁰

Toda la técnica del psicodrama se basa en la teoría de *los roles*, la que señala que la aparición del YO es posterior a la aparición del rol, el cual es

¹⁸ Pierre BOUR *El psicodrama y la vida*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1997, p. 29

¹⁹ *Ibid.* p. IX

²⁰ Bernardo KONONOVICH, *Psicodrama comunitario con psicóticos*, Amorrortu, Buenos Aires, 1984, p. 57

empleado por el recién nacido para establecer un grado de comunicación con el exterior, éstos son distinguibles por el uso que se le da, siendo éstos fisiológicos, fantásticos o sociales, y como lo define el propio Moreno

El rol es la forma de funcionamiento que asume un individuo en el momento específico en que reacciona a una situación específica en la que están involucrados otras personas u objetos.²¹

Es el rol un puente desde el mundo social hasta el inconsciente al que estructura y da orden, y es en esencia una acción, una forma de accionar o reaccionar. La teoría del rol afirma que la personalidad del individuo no consiste a partir de un YO netamente puro, sino que es un conglomerado de caracteres, algunos expresados, otros en latencia.

El Psicodrama vendría a ser como un laboratorio donde se experimenta con las emociones, reproduciendo los fenómenos de la vida social y psicológica del individuo, recreándola en un sistema controlado, pero al mismo tiempo es un medio de curación para aquél que enfrenta y representa su problema particular. En este laboratorio el experimento principal se realiza a través de la espontaneidad y la improvisación, y el resultado esperado es la *catarsis*²², pero

a diferencia de la *catarsis* producida por una obra de arte, ésta se lleva a cabo en el actuante, y no en el público.

La curación de los problemas emocionales, desórdenes mentales o afectivos, en el psicodrama, se produce por medio de lo que Moreno definió como *catarsis psicológica*, la cual "no siempre se puede lograr en el nivel de la

²¹ Jacobo L. MORENO, *Psicodrama*. Lumen, Buenos Aires, 1996, p. VII

²² *Catarsis: "Purga" de la mente, para liberarla de lo que actúa como estorbo*. DORSCHE, Friedrich, dir. *Diccionario de Psicología*, Herder, 1994, p. 103

realidad, para hacer frente a todas las situaciones y relaciones en las que existan causas de desequilibrio.²¹ Baste tomar por ejemplo a un paciente con esquizofrenia que pasa por un cuadro agudo de alucinaciones, en ese momento sería imposible lograr que el paciente tome conciencia de su problema y cualquier intento en ese sentido acarrearía peores consecuencias. Si a ese mismo paciente, en el momento en que la cresta de angustia ha comenzado a ceder, aún con los residuos de la misma, se le ofrece un camino en el que pueda dar salida a su problemática inconsciente, un camino que abarque los niveles físico, léxico, emocional, de relación, de fantasías inconscientes, etc. y que a la vez sea concreto y específico; entonces podremos encontrar un acercamiento a la cura. Tal vez Moreno ha encontrado este camino, y al mismo tiempo:

...ha hallado respuesta a todos estos problemas, y a muchos otros, en una de las más antiguas invenciones de la mente creadora del hombre, el drama.²²

Moreno y sus seguidores crearon una amplia gama de técnicas psicodramáticas como: "El doble", "La silla vacía", "La máscara", "El muro", etc. Estas técnicas están diseñadas para tratar problemas específicos en grupos determinados, la gran variedad de técnicas psicodramáticas se adaptan a diversas necesidades, ya sean de espacio, de número de participantes, etc. y se pueden tratar desde los problemas básicos de una relación conyugal hasta desórdenes mentales profundos, pasando por problemas infantiles, laborales, etc.

²¹MORENO, *Op. cit.* p. XVII

1.2.3 El *playback theatre*

El *Playback Theater* fue desarrollado en Nueva York, en 1975, por Jonatan Fox y Jo Salas, dos estudiantes de improvisación, de la tradición oral de los *cuenta cuentos* y de psicodrama.

Esta forma de teatro terapéutico está enfocada a cualquier clase de grupos, ya sean de pacientes psiquiátricos, estudiantes, conferencistas, etc. y aunque su fin es terapéutico, guarda relativamente poca similitud con otro tipo de terapias, ya que su principal objetivo es devolverle al individuo la dignidad de su propia historia, haciendo visible, al poner bajo las luces de la escena, para él y el resto de la audiencia, su experiencia de vida.

Como nos explican la escuelas de *Playback Theatre*, este consiste en:

A group of people in a room, a hall, a theater. They face a row of actors sitting on boxes. On one side sits a musician with an array of instruments. On the other, an emcee who waits next to an empty chair. This is for the "teller" who will come from the audience to tell a personal story. Then, in a ritualized process, using mime, music, and spoken scenes, the players will act out the story. After one teller, another will come. In this way, the individuals in the audience will witness a theater of their own stories.²⁴

El *Playback Theatre* es usado en la Educación, como terapia, como protesta social, comunicación grupal, dinámica de creación artística, incluso como Arte en si, mediante una compañía de actores entrenados y una audiencia definida

²⁴ *Loc. cit*

²⁵ *Un grupo de personas en un salón, una estancia, un teatro. Se encuentran frente a una hilera de actores sentados sobre cajas. En un lado se sienta un músico con un grupo de instrumentos. En el otro, un maestro de ceremonias que espera junto a una silla vacía. Esta es para el "narrador" quien vendrá de la audiencia para contar una historia personal. Entonces, en un proceso ritualizado, los actores representaran la escena usando mímica, música y escenas habladas. Después de un "narrador" vendrá otro. En este sentido, los miembros de la audiencia atestiguarán un teatro de sus propias historias*
http://www.playbacknet.org/school/about_pimore.htm

o como un grupo dirigido por un individuo donde la audiencia participa como actores que se alternan como los "narradores" de la historia.

El elemento ritual es parte fundamental de esta técnica, de hecho está estructurado como tal, y la actitud de los participantes ante él debe ser ritualizada. Jo Salas define este elemento ritual como "*el conjunto de estructuras espaciales y temporales que garantizan estabilidad y familiaridad, a través de las cuales puede ser contenido lo imprevisible.*"²⁶ Es un conjunto de formas que sirven para dar estructura a los distintos espacios, utilizar un cierto lenguaje, predisponer la sucesión de eventos y adoptar un cierto comportamiento que pone un acento sobre algún aspecto de la experiencia. Nadia Lotti ha desglosado los elementos rituales del Playback en: *La bienvenida, El ofrecimiento, La presencia, La repetición, El ritmo y El proceso ritual de la historia.*²⁷

Las compañías de *Playback* se han esparcido por casi todo el orbe, y han influenciado el pensamiento y la forma de ver y hacer el teatro en el mundo.

1.2.4 El drama therapy

Esta técnica ha sido desarrollada en Inglaterra, Canadá y principalmente en EUA, donde incluso se imparte como una maestría en universidades como las de Nueva York y el Californian Institute for Integral Studies, además cuenta, como en el caso del psicodrama, con una institución encargada de regular y vigilar el progreso y los avances de las investigaciones en esta área, la *National Association for Drama Therapists*, la cual define esta terapia como:

²⁶ Apud Nadia Lotti, *Il rituale nel Playback Theatre*, 1998

*"the systematic and intentional use of drama/theatre processes products, for physical integration and personal growth"*²⁸.

El *drama therapy*, combina las técnicas del teatro con las de las psicoterapias, para ayudar tanto a aquellos que tienen impedimentos o problemas físicos, como a individuos en crisis psicológicas.

Al igual que la técnica del Psicodrama, la del *Drama Therapy* se basa en el teatro y los que la desarrollaron han sido *gente de teatro*, pero algunos enfoques difieren. La diferencia más clara es que la representación del Psicodrama se lleva a cabo a partir de un protagonista, mientras que el "*drama therapy begins in the fictitious realm with the goal of developing the entire group's spontaneity skills.*"²⁹ En el *Drama Therapy*, se plantean temas en los que todo el grupo se siente identificado, mientras que en el psicodrama lo más importante son los problemas del protagonista. La adaptación de la que hace uso el *drama therapy* le permite introducirse en diferentes grupos: entre una audiencia que interactúa con los actores y que puede modificar la obra, incluso se puede detener una escena, si la audiencia lo requiere, para modificarla, retirarla o agregar una nueva.

Por ser una técnica reciente, que se presta para la exploración, constantemente encontramos nuevas variaciones en el terreno del *Drama Therapy*. Existen varias puntas en la investigación y propuestas de nuevas técnicas que se desglosan del *Drama Therapy*, como por ejemplo la de *Developmental Transformations*, la cual conduce la improvisación a un

²⁸ *Loc. cit*

²⁹ *el uso sistemático e intencional de los productos y el proceso del drama-teatro para la integración física y el crecimiento de la persona.* National Association for Drama Therapy. www.nadt.org

continuo cambio de temas y escenas, bajo la premisa de que los participantes estén de acuerdo: "*In this technique, any improvisation can be changed to a different content at any moment...*"⁶⁰ Esta técnica ha sido desarrollada por David Jhonson, uno de los pioneros del *Drama Therapy*.

Otra investigación de importancia para el área del *Drama Therapy* es la desarrollada por Robert Landy, quien ha encontrado caminos nuevos para la terapia con teatro, por medio de la técnica de *los roles dados* en la que pueden incluir personajes de la dramaturgia universal como Hamlet (lo que acerca aún más la terapia al teatro), a lo cual nos dice Eva Leveton que Landy "*has enriched the field of drama therapy with his concept of role distance and with a detailed investigation of theatrical roles.*"⁶¹ Y ciertamente lo ha enriquecido, ya que en esta terapia, existe la tesis de que al actuar un personaje cuyas características se asemejen a las propias, sobre todo en las referentes a la problemática personal, es altamente probable que se logre superar los traumas y trastornos que en la vida no hemos podido (como se analizará en el capítulo cuarto).

⁶⁰ comienza en el dominio de lo ficticio con el objetivo de descubrir las capacidades de espontaneidad de todo el grupo. Eva LEVETON, *A clinician's guide to psychodrama*, Springer, Canada, 2001, p. 153

⁶¹En esta técnica, cualquier improvisación puede cambiar de contenido en cualquier momento. LEVETON, *op cit.* p.155

⁶¹... ha enriquecido el campo del drama therapy con su concepto del distanciamiento de los roles y con su investigación acerca de los roles teatrales. *Loc. cit.*

2 El paciente psiquiátrico

Extranjero desinteresado de lo real, inerte, retraído ante cualquier solicitud afectiva, así se nos aparece el esquizofrénico, presente sin estar aquí, perdido en su desierto cósmico o en su protesta delirante, dando vértigo a los que se le acercan, sin poder contactar con él.¹

En este capítulo se hablará sobre el individuo conocido como *paciente psiquiátrico*, a quien también, para estar acorde con las nuevas tendencias en la Psiquiatría, se le llama *usuario*; los psicoterapeutas los llaman *cliente* y el resto de la sociedad los define como *loco*. Se hará una revisión sobre las enfermedades psiquiátricas presentes en la investigación realizada en el Hospital Samuel Ramírez Moreno: como la esquizofrenia, la esquizofrenia residual, esquizofrenia paranoide y otros trastornos afines; asimismo se hace una revisión de la problemática general a la que se enfrentan los pacientes dentro del aislamiento y una revisión de las técnicas de curación.

2.1 ¿Quién es?

El *paciente psiquiátrico* es ante todo, una persona. Una persona con un problema muy particular de relación consigo mismo y sobre todo con el mundo exterior. Es también un paciente en un sentido clínico, con una sintomatología determinada, la cual está vinculada directamente con la relación de este individuo y el resto del mundo. Las nuevas tendencias en la psiquiatría lo consideran también un *usuario*, un usuario de una unidad clínica y terapéutica donde, se supone, no está esperando para ser rehabilitado.

La diferencia entre una persona neurótica, es decir cualquiera que no esté

encerrado en un hospital, considerada como "normal", y un paciente psiquiátrico psicótico radica principalmente en que el primero conserva un punto de referencia sobre lo que los demás le han impuesto como "La Realidad", lo que le permite funcionar en la sociedad.

En cambio, el psicótico es una persona cuya estructura psicológica se ha fracturado, generalmente debido a una carga de angustia (producida generalmente por el choque de varios discursos impositivos), lo suficientemente fuerte y prolongada como para fracturar la estructura de la personalidad del individuo, volviéndolo incapaz de realizar algunas funciones indispensables para la convivencia en una sociedad, determinada por un momento socio- histórico. En algunos casos, esta fractura de la personalidad es inducida por el uso de sustancias, trastornos craneoencefálicos o tumores cerebrales.

A lo largo de la historia y en todas partes del mundo, han existido personas que, ocupando sitios importantes en la jerarquía social, parecen encajar en el concepto actual de *paciente psiquiátrico*.

Sin embargo al paciente psiquiátrico mayormente se le denomina *loco*, siendo ese su discurso, su título y su utilidad en la sociedad, que lo etiqueta, rechaza, inutiliza y finalmente lo aísla.

2.2 Enfermedades

Debemos entender primero que la enfermedad psiquiátrica contiene siempre dos polos: 1)El físico, que comprende variaciones en la bioquímica

¹ Pierre Bour *El psicodrama y la vida*. Prof. J. L. Moreno, Biblioteca Nueva, Madrid, 1977, p 45

cerebral y en su funcionamiento físico como traumatismos y deformaciones, y

2) La psique del individuo, que comprende una estructura psicosocial de aprendizaje, ya que en muchos casos, la enfermedad psiquiátrica es una respuesta defensiva al medio agreste; que aunque ambas tienen una correspondencia indisoluble, debemos comprenderlas primero por separado. Me parece importante señalar que lo que entendemos por enfermedad mental, no es otra cosa que un grupo de síntomas que se conjugan en una sola persona, y que tienen características similares con los de otras, que de ninguna manera se pueden agrupar con la misma precisión con la que se hace en las enfermedades médicas, y existen muchas teorías a este respecto.

2.2.1 La psicosis²

Es necesario aclarar que la esquizofrenia se ubica dentro del grupo de la *psicosis* y que su definición, así como de la mayor parte de los términos psiquiátricos no han sido universalmente aceptados y siguen siendo debatidos, analizados y rechazados en todas las universidades, institutos y hospitales del mundo. Además las definiciones engloban los síntomas de las enfermedades mas no sus causas, de las cuales hablaré más adelante. Estas definiciones son utilizadas para el diagnóstico de las enfermedades y su tratamiento, así, tenemos las versiones de los DSM-II y IV y el grupo de los CIE, manuales de diagnóstico psiquiátrico.

En cualquiera de los casos, el término *psicosis* se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas; pero en una forma más conceptual se define como una pérdida en las fronteras del *ego* y un grave deterioro de la

² Los datos presentados fueron obtenidos en Pierre PICHAT, coord., *DSM: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masón, México, 1995, pgs. 279 - 322

evaluación de la realidad. Para mayor precisión se han realizado diversas definiciones dependiendo de la utilización del término, por ejemplo, dentro del trastorno *psicótico* inducido por enfermedades médicas o por narcóticos, el término se refiere únicamente a las ideas delirantes y alucinaciones en las que el individuo no tiene conciencia de su patología.

Como veremos mas adelante, en la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, *psicótico* se refiere a las ideas delirantes, cualquier alucinación manifiesta, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico.

2.2.2 La esquizofrenia

La esquizofrenia es una alteración que persiste por al menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas en fase activa (cuadro agudo) y dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones (auditivas y/o visuales), lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

Como en la mayor parte de las enfermedades psiquiátricas, las características esenciales de la esquizofrenia son una serie de signos y síntomas específicos, presentes en este caso, durante un periodo aproximado de un mes, y de signos persistentes por lo menos durante seis meses, éstos están asociados a una marcada disfunción social y/o laboral, la cual no es explicable por un trastorno afectivo o de estado anímico, ni debida a los efectos fisiológicos de una sustancia externa ni a una enfermedad médica.

Los síntomas de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento

inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la atención.

Éstos síntomas se dividen en dos bloques: negativos y positivos.

Los positivos son aquéllos en los que las funciones normales son incrementadas e incluyen la exageración del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

Los síntomas negativos comprenden restricciones en el ámbito de la expresión emocional (aplanamiento emotivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que implican una mala interpretación de la percepción de las experiencias. Entre las más comunes se encuentran: *De persecución*, el paciente cree que está siendo perseguido, molesto, engañado o ridiculizado. *Autorreferencial*, la persona cree que algunos comentarios, pasajes de libros, artículos de periódicos, comentarios, gestos, canciones, etc. están especialmente dirigidos a ella.

La distinción de una idea delirante, en algunas ocasiones tiene que ver con la cultura de origen de la persona afectada y a veces resulta difícil de diferenciar de una idea que simplemente es tenaz.

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial, esto es: auditiva, visual, olfativa, táctil y gustativa, pero las auditivas son, por

mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia. Éstas son experimentadas, por lo general como voces, ya sean conocidas o desconocidas, las cuales son percibidas como ajenas al pensamiento de la persona que las experimenta. Su contenido es bastante variable, pero es común que éstas sean peyorativas o amenazantes. En definitiva, las alucinaciones deben presentarse en un estado de claridad sensorial, fuera de la influencia de sustancias; las que se presentan en el estado durante el cual se concilia el sueño o las que se presentan al despertar se consideran dentro de las experiencias normales.

El pensamiento desorganizado ha sido considerado como la característica más simple de la esquizofrenia; pero debido a la dificultad de su percepción, su estudio se incluye dentro de los parámetros de la desorganización del lenguaje del individuo.

El lenguaje de los sujetos con esta enfermedad puede presentar distintos niveles de desorganización. El sujeto puede perder "el hilo" de la conversación, saltando de un tema a otro (descarrilamiento, o pérdida de las asociaciones); las respuestas a preguntas pueden ser oblicuas o no guardar relación con ellas (tangencialidad), y en los casos más extremos, el lenguaje puede ser casi incomprensible debido a una desorganización lingüística (incoherencia o ensalada de palabras). En todos los casos, este síntoma debe de ser grave, puesto que la desorganización leve del habla es común e inespecífica. Durante el periodo residual, esta desorganización puede presentarse menos grave.

El comportamiento gravemente desorganizado se presenta en diversas formas que van desde los episodios de comportamiento infantiloides hasta la

agitación impredecible. En todo caso se observan problemas en cualquier forma de comportamiento dirigida a un fin lo que dificulta al paciente tanto la realización de las actividades cotidianas como la organización de la alimentación, o la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestido de una forma inadecuada (usando varios sacos en un día caluroso), presentar un comportamiento sexual inapropiado (masturbarse en público) y una agitación impredecible e inmotivada (gritar e insultar).

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una disminución importante de la reactividad al entorno, que a veces, alcanza un grado gravísimo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida, resistiendo la fuerza para ser movido (rigidez catatónica), el asumir posturas poco comunes (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica).

A estos síntomas se deben agregar una o más disfunciones del orden de la actividad, como las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado personal.

El paciente esquizofrénico puede presentar también algunas características como afecto inapropiado (sonrisa, risa o expresión facial que no corresponde a los estímulos externos), anhedonia manifestada por una falta de interés y la ausencia de placer, alteraciones en el patrón del sueño, inapetencia, humor disfórico, dificultades para concentrar la atención, alteraciones de la actividad psicomotora (balanceo al caminar, inmovilidad, etc.), o deterioro en el área cognoscitiva. Entre la población esquizofrénica, las tendencias a la

dependencia de sustancias como la nicotina o la cafeína, son mayores que entre el resto de la población psiquiátrica.

Como se ha ido viendo, la esquizofrenia es un conglomerado de síntomas y características, pero no se presentan todas en un solo individuo, sino que se presentan en combinaciones varias, y en distinto nivel cada una de ellas, dando origen a subtipos de esquizofrenia, los cuales están definidos por la sintomatología preponderante en el momento de la evaluación. Éstos son:

Tipo paranoide

Tipo desorganizado

Tipo catatónico

Tipo residual

En la investigación llevada a cabo en el hospital solamente se trataron los siguientes subtipos:

- Tipo paranoide. Las características principales de la esquizofrenia paranoide son las ideas delirantes extremas y las alucinaciones auditivas en el marco de una relativa conservación de la capacidad cognitiva. Los síntomas como el lenguaje y el comportamiento desorganizados, el aplanamiento emotivo o la emotividad inapropiada no están muy presentes. Las ideas delirantes se refieren principalmente a la persecución o a la grandeza, pero pueden llevar cualquier otra temática; pueden ser múltiples, pero siempre en torno a un mismo tema. Las alucinaciones suelen estar relacionadas al tema de las ideas delirantes.

Los síntomas asociados incluyen ira, ansiedad, retraimiento y tendencia a discutir. La combinación de estos síntomas pueden predisponer al paciente a

la violencia y al comportamiento suicida. Los individuos que presentan este tipo de esquizofrenia regularmente no presentan un desgaste importante en el ámbito cognoscitivo. Las estadísticas arrojan pronósticos mejores que el de otros tipos, sobretodo en cuestiones laborales y en cuanto a la capacidad de llevar una vida independiente.

- El tipo residual. Los pacientes de este tipo se caracterizan por haber presentado al menos un cuadro agudo de esquizofrenia pero que en la actualidad no presentan síntomas psicóticos positivos (ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados, etc.). Pero existe la presencia de síntomas negativos (aplanamiento emotivo, pobreza de lenguaje, abulia, etc.). El curso del tipo residual puede ser corto, siendo un período de transición, o puede presentarse muchos años.

2.2.3 Psicosis maniaco-depresiva

Presenta una gama amplia de síntomas y cuadros patológicos diversos. Se caracteriza principalmente por la presencia de fases depresivas y fases maníacas.

La fase depresiva aparece con diversos grados de intensidad, y sus principales síntomas son la inhibición, angustia, inquietud, abulia, disminución del flujo de pensamiento, sentimientos de inferioridad, ideas delirantes cuyo tema principal está asociado con el pecado, la pobreza, la autodestrucción, etc. y numerosos síntomas corporales, generalmente relacionados con las ideas delirantes.

La manía se caracteriza por una euforia exagerada o irracional, aceleración en el flujo de ideas, confusión mental, sentimientos de grandeza, irascibilidad, que puede llegar a enfurecimiento si encuentra obstáculos.

- Orígenes y etiología de la psicosis³

El continuo estudio de las psicosis aún no ha desembocado en una unidad de criterios, términos ni condiciones terapéuticas idóneas, pero sobre todo no ha encontrado una unidad etiológica que permita el desarrollo de todo lo anterior. Los estudios e investigaciones se basan principalmente en dos polos, el biológico y el psicológico, en la mayoría de los casos las investigaciones de un lado descartan a las del otro, y los resultados en ocasiones son contradictorios unos con otros. Sin embargo, existen teorías que buscan puntos de encuentro entre ambos polos.

A continuación se presentan algunas de las teorías más importantes acerca de los orígenes de la psicosis.

- La bioquímica cerebral. Esta teoría es la más difundida, señala que la deficiencia de un neurotransmisor conocido como dopamina, sería la responsable de generar la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, al producir relaciones sinápticas pobres o excesivas entre las neuronas. Muchos experimentos han avalado esta teoría, pero sólo un 65% de pacientes se vieron alterados por la disminución artificial de la dopamina, que aunque es un porcentaje elevado y constante no es rotundo.

³ Extraído de David SUE, *et al. Comportamiento anormal*. McGraw Hill, México, 1995, cap 15

- El origen psicológico. En este ámbito encontramos una serie de teorías psicológicas que explican desde diversos ángulos los posibles orígenes de la esquizofrenia y las psicosis. Las líneas de investigación principales se enfocan desde tres puntos de vista: *Padres esquizofrenógenos*, *Doble vínculo* y la *Expresión emocional*. Las tres señalan una fractura en la estructura yoica a partir de la generación de angustia.

A) En la teoría de *Los padres esquizofrenógenos*, la angustia sería creada por los padres, en particular por la madre, quien en esta teoría se define por características personales contradictorias como ser fría y sobreprotectora, rechazante y dominante.

B) La teoría del *doble vínculo* señala que la angustia es generada en la relación contradictoria con uno o más miembros de la familia (generalmente los padres), cuando las experiencias de comunicación contrastan ampliamente, generando en el niño preesquizofrénico una imposibilidad para interpretar los mensajes opuestos, por venir éstos de fuentes clave en su desarrollo, se trate de una o más fuentes.

Esquematizando, podemos establecer dos ejemplos: a) El caso de dos fuentes: el padre del niño le obliga a llevar un rito de una religión determinada, la madre le lleva a otro. La madre reprende al niño por asistir al rito de la religión paterna. El padre reprende al niño por asistir a los ritos de la religión materna (el doble vínculo). b) Una sola fuente, doble mensaje: En este caso un pariente clave del niño preesquizofrénico, la madre en un caso hipotético, le pide, dice ú ordena algo cuyo significado literal: "Estás cansada, dormir te haría bien", es distinto al significado real del tono de voz o de su expresión corporal.

deseo de estar sola, rencor, desprecio, etc., este significado implica la anulación o degradación del yo de la niña en el caso planteado, entonces tendrá que escoger entre los dos significados, el primero negando la percepción posible de los significados reales y aceptando desconcertada que está cansada aunque no sea así; y el segundo aceptando la hostilidad de la madre y con esto el no ser deseada o querida. En ambos casos la niña recibe un castigo por ello (el doble vínculo). Para sobrevivir, esta niña puede recurrir al autoengaño, interpretando de manera falsa sus propios pensamientos, al igual que los comunicados por los demás, desarrollando así un concepto falso de la realidad, una incapacidad para interrelacionarse y otros síntomas esquizofrénicos o psicóticos.

C) La tercer línea de investigación trata de explicar los trastornos psicóticos por medio de un patrón de conducta específico llamado *emoción expresada*, el cual se encuentra, no en los pacientes, sino en sus familiares. El índice de este patrón en una familia se establece por el número de comentarios críticos de un pariente (crítica), el número de declaraciones de disgusto hacia el paciente (hostilidad) y el número de declaraciones que reflejan una implicación emocional, de preocupación excesivas o de sobreprotección hacia él.

D) Los modelos más recientes implican a más de un factor como responsable de las enfermedades psicofisiológicas. El más importante de ellos es el conocido como *modelo diátesis-estrés*, en el que la esquizofrenia sería resultado de una combinación de los siguientes factores en una persona:

1) Vulnerabilidad física al trastorno, una disfunción en la neuroquímica dopaminérgica,

2) Predisposición al procesamiento deficiente de la información y dificultad para mantener la atención.

3) Reacción excesiva a estímulos, incluso, levemente aversivos.

4) Carencia de competencia social adecuada y de habilidades para afrontar los problemas.

2.2.4 Síndrome orgánico⁴

Este término refiere a trastornos cognitivos, intelectuales o de la personalidad, originados por un daño cerebral, permanente o no. El daño cerebral puede ser originado por un traumatismo (lesión física), por un tumor o por un virus.

En el caso de los traumatismos craneoencefálicos, las lesiones pueden dar origen a distintos trastornos. La gravedad, duración y síntomas pueden diferir dependiendo de la personalidad preexistente de la persona y del grado y localización del daño. Los síntomas más comunes son: cambios graduales extremos en la personalidad, problemas afectivos, intranquilidad, depresión, ansiedad, irritabilidad, euforia, apatía, trastornos intelectuales y del conocimiento, alucinaciones, ilusiones, interpretaciones erróneas, desorientación, pérdida de la memoria a largo o corto plazo, hiper o hipoactividad psicomotora e incluso ataques de epilépticos.

2.3 Problemas del aislamiento

En nuestro país, la ignorancia provoca el rechazo de la sociedad y de las familias hacia las personas con alguna deficiencia o enfermedad mental, hace

⁴ Pierre PICHAT, *op cit.*, pp. 359-371

que el problema sea aún más grave, ya que en la mayoría de los casos la familia trata de ocultar dicha problemática encerrando al individuo dentro de su casa, y se le hace daño al resolverle todas sus necesidades, se le trata como a un niño, situación que el propio paciente utilizará para resolver sus problemas de la manera más sencilla, como hacemos todos los seres humanos. Al crecer y convertirse en un adulto maduro, la familia ha cambiado, los hermanos se han casado, los padres envejecido o muerto y el paciente cada día causa mayores problemas, porque además de sus problemas particulares, todos sus instintos han sido reprimidos de una forma casi brutal. Es entonces cuando alguno de los familiares directos, el que se ha encargado de él o ella, imposibilitados para seguir cuidándole, le recluyen en un hospital psiquiátrico, en su mayor parte del gobierno, donde la población se cuenta por centenas, y los doctores, psicólogos y terapeutas por pocas decenas. Un hospital psiquiátrico es, en palabras de Erving Goffman, una "*institución total*"⁶, lo que significa que todos los individuos en ella inscritos realizan la totalidad de los actos de su vida dentro de la reclusión física y social, bajo una misma autoridad única, en compañía de un gran número de otros individuos, a quienes se trata por igual, y de quienes se exige lo mismo y todas las actividades están programadas por la propia institución. Lo cual trae consigo una serie de problemas individuales de orden psicológico que provocan un aumento en la fractura del Yo del paciente.

Primeramente, las barreras físicas que la institución psiquiátrica levanta entre el interior y el exterior representan la primer mutilación del Yo. El

⁶ Erving GOFFMAN, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires, 1970. pp. 18-24

paciente, recién internado es separado abruptamente de un sistema social en el cual su caracterología funciona de forma total, cumpliendo con roles básicos, como las relaciones interpersonales, sexuales, etc. que le permitían un marco referencial de su propia identidad y un bagaje de mecanismos de defensa, que deben dejar de operar sin un cambio totalitario de su cultura. Comienzan para él: *"una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del Yo."*⁶

Una vez adscrito a este nuevo sistema, el paciente pierde por completo otra parte importante de la identificación del yo por extensión: la posesión, ya no sólo de las cosas y bienes que se encuentran afuera del hospital, sino que pierde casi toda posibilidad de tener y sentir como propios los más íntimos objetos personales, ropa, cama, sábanas, jabón, etc., así como la individualidad que proporciona el aspecto físico:

...al ingresar a una institución total, probablemente se le despoje de su acostumbrada apariencia, así como los instrumentos y servicios con las que la mantiene...⁷

Estos objetos son escasos o nulos dentro de la institución, y los existentes tienen un carácter masificado e impersonal, incluso la ropa es de uso común (frecuentemente uniformes o ropa donada, seleccionada después de ser lavada), por lo que las tallas son medias, haciendo que a los altos u obesos les quede chica y a los de estatura baja y delgados, obviamente, grande, lo cual crea en ellos un aspecto siempre desaliñado, situación que repercute en su estado de ánimo.

⁶ GOFFMAN, *Op. cit.* p. 27

⁷ *Ibid.* p. 33

La intimidad del paciente es continuamente violada en una serie de factores psicológicos, físicos y emocionales. El paciente interno vive generalmente en espacios completamente visibles. Los dormitorios son compartidos, llegando a tener varias docenas de camas, los retretes y regaderas son múltiples y generalmente sin puertas, por lo que constantemente son observados realizando actos que naturalmente harían en privado. En ocasiones, las revisiones médicas pueden ser presenciadas por visitantes de ambos sexos, ajenos o no, al hospital, principalmente por cuestiones educativas o de seguridad.

Por último, el paciente se ve obligado a ingerir medicamentos, y alimentos que no siempre son de su agrado o ha realizar actividades que le son requeridas, que en ocasiones provocan mayor angustia.

En algunos hospitales se han comenzado a utilizar nuevas teorías sobre la forma en que los pacientes deben ser agrupados, pero en la mayoría de ellos se utilizan métodos anticuados y en el mejor de los casos, se congrega a los pacientes por enfermedades, sin importar su nivel de funcionalidad, lo que provoca que pacientes con un nivel de funcionalidad mayor, se sientan menospreciados por ser, de una u otra forma, comparados con pacientes de niveles inferiores de funcionalidad o de menor edad, nivel socioeconómico e incluso de distinta religión, afectando así su autoestima y sus creencias y aumentando las posibilidades de que adquiera síntomas de otros enfermos.

En el aislamiento los pacientes pierden una parte importante de las relaciones y afectos que habían logrado desarrollar antes del encierro, y son

masificados por el alto número de individuos que ahí cohabitan hecho que no les motiva a producir nuevas relaciones.

En el hospital, el paciente carece de necesidades básicas, ya que en él las encuentra resueltas. La comida aparece servida en el comedor diariamente en horarios establecidos, 7 a.m. 2 p.m. 8 p.m., la cama sigue ahí cada vez que regresa a su pabellón y la ropa al parecer se lava sola. A veces, si requiere algo más, puede realizar alguna actividad a cambio de la cual le será entregado un dulce, un cigarro o hasta una moneda. En el hospital todo está cerca, todo es al parecer gratis y sobre todo es cómodo, si se logran superar los inconvenientes, como la soledad y el aislamiento.

Todo lo anterior desmotiva al paciente para superar su problema, para moverse, para hablar, para relacionarse, convivir, y en ocasiones hasta para vivir; la angustia no cesa y lo va consumiendo poco a poco, sumergiéndolo en su enfermedad, cada vez más profundamente, ya que estos suelen ser parte de los problemas más graves de su enfermedad.

Se exige entonces, de cualquier persona interesada en acercarse a la problemática de los pacientes psiquiátricos, primero el conocimiento de su enfermedad, y luego una metodología adecuada para tratar con ellos y ayudarles, a la par de una nueva política que involucre más a su familia en primer instancia y en segunda y no menos importante a la sociedad entera, para lo cual es necesario demostrar ante paciente, familia, sociedad e instituciones psiquiátricas que es posible reintegrar al paciente en la sociedad y por ende en el sistema económico.

2.4 La tradición psiquiátrica

La psiquiatría fue reconocida como disciplina científica hasta mediados del siglo XIX, como una ramificación de la medicina, dentro el marco de la corriente positivista imperante en Europa y el resto del mundo occidental. Es hasta entonces cuando surge la enfermedad mental como objeto de estudio. Anteriormente, todo padecimiento mental era tratado junto con todo el terreno de la "sinrazón" donde eran incluidas brujas, prostitutas, mendigos, "poseídos", etc.:

...no existía un lugar específico para los "enfermos mentales", sino un espacio de reclusión generalizado que los uniformaba con otras figuras que, por su conducta y por su papel social, estaban marginadas de la estructura económica y de los valores dominantes de las sociedades preindustriales.⁹

A partir de la introducción de las nuevas corrientes, menos metafísicas, el mundo entero, progresivamente, se dio a la tarea de seleccionar y aislar a los enfermos mentales, de agrupar por afinidad sintomatológica a las distintas enfermedades mentales, que en realidad entonces se consideraban únicamente como enfermedades del cuerpo. Los médicos investigaban los órganos del enfermo, estableciendo relaciones entre los estados "morbosos" y la posible causalidad biológica. Por supuesto, la psicología aún no podía decirnos mucho al respecto: *"El cuerpo se concebía como objeto natural, nunca como mediación entre lo natural y lo social."*⁹ Esta concepción del paciente psiquiátrico llevó a las primeras metodologías de curación exclusivamente biológicas que, por otro lado, eran consideradas como un tratamiento "moral", porque a la par de la biología se consideró que el "loco"

⁹ Claudio Martini, *El fin del manicomio*. Nueva Sociología, México, 1983 p 16

⁹ Martini, op cit

rompía con los valores morales, éticos y religiosos de la sociedad, por lo que era considerado un peligro para ella.

Progresivamente, las aportaciones de la psicología y particularmente las del psicoanálisis hicieron su aparición tardía en el campo del paciente psiquiátrico, ya que no es sino hasta la década de los cincuenta en que se les comienza a utilizar con regularidad dentro de las instituciones psiquiátricas.

Las técnicas de tratamiento han ido evolucionando, primero desde los laboratorios y las salas médicas, y luego desde el consultorio y el diván. A continuación se hace un recuento de las más importantes.

2.4.1 Técnicas de tratamiento basadas en la biología¹⁰

Estas técnicas de tratamiento utilizan métodos físicos y químicos para alterar el estado fisiológico de los enfermos, transformando así su estado psicológico. Los primeros que se conocen son las trepanaciones, las sangrías y las purgas, que se creía eliminaban las sustancias dañinas del cuerpo. A partir de la aparición de la psiquiatría estos métodos fueron sustituidos por otros no menos fuertes como los *electroshocks*, la *psicocirugía* y los *psicofarmacológicos*.

a) **Terapia electroconvulsiva o de electroshocks.** Esta técnica se basa en la utilización de algún elemento, principalmente la electricidad, para inducir convulsiones en el paciente. En las primeras versiones de esta técnica se emplearon agentes químicos para inducir las convulsiones, posteriormente se utilizó electricidad. En esta técnica el paciente es recostado en una cama

¹⁰ SUE *et al.*, *op cit.*, pp 517-545

acolchonada, se le inyecta un relajante muscular para evitar lesiones, y se le aplica una descarga de entre 65 a 140 voltios en la región temporal del cráneo, por medio de electrodos, durante 0.1 a 0.5 segundos, induciendo convulsiones seguidas por un estado de coma, después de la cual el paciente se siente confundido, pero la angustia ha disminuido, así como los estados depresivos.

Este tratamiento ha sido rechazado en todo el mundo por ser considerado como inhumano ya que sus consecuencias en algunos casos han sido perturbadoras, y los resultados a largo plazo no son contundentes. Sin embargo, hay quienes sostienen que, sólo en ciertos casos de depresión grave es realmente efectiva, y existen lugares en donde aun se utiliza como último recurso.

b) Psicocirugía. Técnica utilizada desde los años treinta, la psicocirugía consiste en la extirpación o cauterización de alguna región del cerebro, bajo la teoría de que la destrucción de algunas de las conexiones del cerebro puede interrumpir los patrones de pensamiento y comportamiento psicológicos. El paciente que sale de la cirugía suele ser mucho más dócil y calmado. En las investigaciones sobre el impacto de este procedimiento no se estableció nunca un patrón de relación entre los pacientes curados y las cirugías; se encontró que este tratamiento a menudo trae consigo una serie de efectos secundarios que pueden incluir deficiencias cognitivas, apatía, estado vegetativo, ataques y en casos extremos, la muerte.

C) Psicofarmacología. Se conoce como psicofarmacología al empleo de sustancias o drogas para tratar los problemas mentales ya que el cerebro opera con ciertos químicos que se ven influenciados por ellas. Con la aparición

de nuevos calmantes, su uso se fue extendiendo hasta los hospitales, y se fueron desarrollando mejoras en ellos para atacar problemas más específicos.

En la actualidad su uso ha sustituido, casi por completo, a las demás técnicas, y se ha extendido a la mayoría de los pacientes psiquiátricos. Los más importantes son divididos en las siguientes categorías: *ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos y antimaníacos.*

El problema más grave que presenta la psicofarmacología es que a menudo las dosis recetadas son muy superiores a lo requerido por el paciente, y en muchos casos sólo se utilizan para mantenerlo en un estado de inactividad, evitando así problemas de agresión o alteración. El abuso de la psicofarmacología tiene efectos secundarios de suma importancia en los pacientes, los cuales van desde pequeños temblores, intranquilidad, ansiedad o terror, hasta el comportamiento suicida.

4.2.1 Psicoterapias

Éstas son aplicadas en todos los casos de problemas psicológicos, que incluyen disturbios emocionales leves y psiquiátricos. Éstas son aplicadas por terapeutas preparados para ello, y se dividen en dos grandes ramas, las grupales y las individuales, las cuales a su vez pueden ser divididas por sus enfoques psicológicos y por sus fines,

dependiendo de su perspectiva y orientación teórica, los terapeutas pueden buscar modificar actitudes, pensamientos, sentimientos o conductas; facilitar el autoconocimiento interno del paciente; curar la enfermedad mental...¹¹

En la psicoterapia, el paciente o cliente debe aprender, reaprender o

¹¹ SUE, *Op cit.* p. 525

cambiar ciertas conductas y niveles de funcionamiento. Por ello su diversidad y su difusión han logrado trascender todas las barreras y han alcanzado todos los países.

a) **Psicoanálisis.** De las terapias verbales e individuales, destaca sobre todas el psicoanálisis, por su trayectoria, su difusión y su carácter revelador. En ésta, el psicoanalista provoca que el cliente hable libremente de todos sus problemas, principalmente sobre aquellos en que la sociedad le ha reprimido para hacerlo. La teoría psicoanalítica, creada por Sigmund Freud, busca vencer las defensas del individuo para que todo aquello que ha sido reprimido salga a flote y logre el reconocimiento de sus deseos reprimidos y motivaciones interiores y finalmente, pueda controlar sus conflictos internos.

b) **Terapia gestalt.** La palabra gestalt proviene del alemán y significa entero, completo; lo que hace referencia a su uso y fin. Esta terapia busca devolver al individuo la totalidad de su propia experiencia, y se enfatizan las experiencias sentimientos y conductas que ocurren en el presente, esto para obtener una experiencia total del aquí y ahora.

c) **Técnicas de condicionamiento.** Éstas se basan en la psicología conductista, su principal objetivo es modificar los condicionamientos del individuo para así poder modificar su comportamiento. Esto se logra a través de diversas técnicas como la desensibilización sistemática, la relajación, de estímulos aversivos, de recompensa y de castigo. Todas enfocadas a romper con un patrón comportamental, que puede ir desde dejar de fumar o evitar el miedo a las alturas, hasta establecer relaciones interpersonales más profundas o evitar la angustia.

d) **Terapias de grupo.** En éstas, están implicados más de un cliente y a veces más de un terapeuta, situación que representa grandes ventajas, tanto económicas como de recursos humanos, por lo que cobran vital importancia en los hospitales o en comunidades que carecen de recursos. Por otro lado, la ventaja principal de las técnicas grupales radica en que la mayor parte de los problemas emocionales y psicológicos del ser humano se encuentran anclados en las relaciones interpersonales, y al trabajar los problemas en grupo se pueden comprender y resolver con mayor precisión.

Existe un número cada vez más grande de terapias grupales, pero que en su mayoría se basan en las técnicas individuales. Algunas como el psicodrama son necesariamente grupales.

3 Acercamiento del teatro a la sintomatología psicótica

Como ninguna otra manifestación artística, el teatro ha asimilado una variedad incontable de técnicas: rituales, estéticas y científicas a lo largo de varias decenas de siglos, por otro lado, también es el arte que más tiempo ha tardado en establecer una enseñanza pedagógica. Sabemos que uno de los pasos más importantes en esta área fue el dado por Constantin Stanislavski a finales del siglo XIX, cuando, a partir de su método, la enseñanza y el lenguaje del teatro, en particular de la actuación, ha evolucionado adquiriendo una diversidad de técnicas y metodologías, algunas de las cuales han sido absorbidas de ritos, religiones o artes marciales, otras han venido del conocimiento y aplicación de la ciencia moderna, como la anatomía, psicología, etc.

Éstas las he dividido en cuatro áreas que he considerado más importantes para el trabajo actoral en: *Relajación, Expresión verbal, Motricidad y Concentración*; esta serie de técnicas buscan desarrollar al actor como una persona más plena en todas sus capacidades, tanto físicas e intelectuales como emotivas.

Al observar de cerca cada uno de los síntomas de los pacientes psiquiátricos, se notó que éstos podrían ser atacados por algunas de las técnicas empleadas en el teatro, particularmente las de la actuación. Estos grupos de síntomas pueden variar en forma e intensidad y son sensibles a los cambios sociales y emocionales del paciente y su entorno, por lo cual se les ha llamado variables.

3.1 Las variables

Éstas comprenden cuatro puntos clave de convergencia entre las áreas de formación actoral y las necesidades del paciente psiquiátrico para su rehabilitación. Se llegó al conocimiento de estos puntos de convergencia a través del estudio de las enfermedades, la observación directa de los pacientes del hospital Doctor Samuel Ramírez Moreno y el estudio de las técnicas de formación actoral. Se llegó entonces, a la hipótesis de que el conjunto de técnicas utilizadas en el teatro para desarrollar en el actor ciertas cualidades como la concentración, la relajación, la expresión verbal y la motricidad, podrían ser un auxiliar eficaz en el proceso de rehabilitación del paciente, ya que cada una de ellas ataca directamente los grupos sintomáticos a los que hacen referencia, como se verá a continuación

3.1.1 Relajación

Para comprender correctamente el principio de la relajación es necesario entender primero su contraparte: La tensión y la angustia, sus causas, efectos y la relación que guardan éstas con las enfermedades o disturbios mentales.

La angustia no es otra cosa que el miedo a la muerte. Por supuesto no se trata, más que en contadas ocasiones, de la vivencia de la proximidad con la muerte, sino de su posibilidad. La angustia es parte fundamental de la vida del ser humano, que tomando conciencia de ella, sabe que irremediablemente se dirige hacia la muerte. Incluso, bajo situaciones normales de la vida cotidiana del hombre, estas angustias son subjetivas, originadas en el interior del individuo que en su mayoría son

*casi todas angustias "morales" provocadas por impulsos instintivos inadmisibles que el Yo rechazó en su época con tanta energía que permanecen desterrados de la esfera consciente, pero guardan su valor motivacional, que es despertado en situaciones vitales más o menos comparables.*¹

Los mecanismos de defensa que la psique humana ha desarrollado a través de su evolución implican un desgaste energético en su ejecución, la que puede ser pasiva o activa. La primera se trata probablemente de lo que en algunos animales se conoce por "hacerse el muerto", y que en el desarrollo ulterior de la psique humana se ha convertido en una *negación defensiva*². La segunda se trata de la acción inmediata por medio de la aceptación.

En el primer caso, la negación defensiva, se produce una relación patológica con la angustia, por lo que autores como Eduardo Krapf le llaman defensas patológicas y él mismo agrega que:

*el procedimiento corriente del yo que "no quiere ver el peligro", es la regresión a un estado infantil de la conciencia, donde la realidad es menos objetiva y donde, por tanto, es posible ver solamente lo que se quiere ver...*³

Estos mecanismos de defensa son mucho más comunes y amplios frente a los peligros internos que a los externos. Los peligros internos se refieren a situaciones que si bien no representan un peligro inminente, debido a la experiencia del individuo, los estímulos que reconoce el inconsciente conducen a situaciones de peligro. Al no desaparecer esta situación, como ocurre sobre todo en la vida moderna, se vuelve necesario mantener el estado de represión, que sintomáticamente se traduce en tensión muscular y nerviosa. Como lo

¹ Eduardo KRAPP, *Angustia, tensión, relajación*. Paidós, Buenos Aires, p. 12

² KRAPP, op cit. p. 16

³ *Ibid.*, p. 16

indica Krapf, en todos los trastornos psicológicos encontramos manifestaciones físicas (tensiones) de defensa que bloquean y debilitan el Yo, las que se presentan en muchas formas, que pueden ir de la freudiana *histeria* hasta la tensión muscular, pasando por estados intermedios como los *tics*.

El cuerpo del ser humano se ha convertido entonces en una representación de las tensiones y problemas de cada individuo, en él (cuerpo y ser humano, que a fin de cuentas son la misma cosa) podemos encontrar tensiones debidas al estrés cotidiano, a situaciones traumáticas y a la falta o, en su caso, al exceso de trabajo muscular e intelectual.

El individuo que sufre de alteraciones emocionales y psicológicas es una "esponja" de tensiones, ya sea provocadas por su enfermedad, por el encierro o por su tratamiento (drogas o terapias), lo que le impide trabajar y desenvolverse satisfactoriamente dentro y fuera de la sociedad. Se ha encontrado que estas tensiones tienen relación directa con los problemas emocionales del individuo, y que al disolverlas de una manera orgánica y sistemática, por medio de técnicas de relajación, los problemas emocionales disminuyen en frecuencia e intensidad.

Para el actor, por la naturaleza misma de su trabajo (que implica su *presencia* en escena), es indispensable partir de un estado de relajación o *punto cero*, acerca de esto Fidel Monroy y Marcela Ruiz nos dicen,

El trabajo vocal, así como el trabajo corporal del actor, demandan esfuerzos específicos que requieren de su concentración y control. Para llevar a cabo esto, es indispensable partir de un

*estado de relajación, que elimine las tensiones provocadas por las actividades cotidianas del sujeto.*⁴

Esta relajación no debe de ser exclusiva de los momentos previos a la entrada a la escena, sino que debe mantenerse durante todo el trabajo actoral, como lo señala el propio Stanislavski:

*Y este proceso de observarse a sí mismo y de eliminar la tensión innecesaria, debe desarrollarse hasta el punto en que se convierta en hábito mecánico subconsciente. Pero aun esto no es bastante: debe ser un hábito normal, como una necesidad natural, no sólo en las partes más tranquilas de la actuación, sino especialmente en aquellas que demandan una exaltación física y la mayor reacción nerviosa.*⁵

La relajación es, en todo caso, el principio sobre el cual se cimientan los procesos actorales, y de donde parte nuestro proceso de rehabilitación.

3.1.2. Concentración

La concentración es la *organización disciplinada de la atención por el Yo con el fin de realizar determinadas tareas.*⁶ Por supuesto, esta organización implica un complejo mecanismo en el que interviene la voluntad, el deseo, los procesos mentales de captación de datos, los sentidos, factores ambientales, etc. Gracias a este proceso podemos, de forma consciente, recabar información sobre el mundo para reaccionar de forma controlada ante esta información. Entendida de esta forma, la concentración de la atención es más que la focalización de alguno de los sentidos sobre un objeto determinado y nos permite percibir de forma completa los sucesos externos e internos.

En la vida cotidiana es común realizar una actividad mientras se piensa en algo ajeno, o no tener los sentidos enfocados a la percepción de la situación en

⁴ Marcela RUÍZ LUGO y Fidel Monroy BUTISTA. *Desarrollo profesional de la voz*. Grupo Editorial Gaceta, México, 1994, p. 14.

⁵ Constantin Stanislavski, *Un actor se prepara*, trad. Dagoberto de Cervantes, Diana, México, 1990, p. 84.

⁶ Friederich Dorsch, dir. *Diccionario de psicología*. Herder, Barcelona, 1996, p. 137

el momento presente. Esto nos lleva a cometer errores continuamente que, aunque en ocasiones pueden ser graves, por lo regular sólo se tratan de torpezas y olvidos, que de continuo demeritan la calidad de vida de los individuos.

El paciente psiquiátrico, por la naturaleza misma de sus enfermedades, se encuentra en un estado de rechazo al momento presente y a la realidad como le ha sido impuesta. Continuamente es asaltado por pensamientos o ideas que alteran su percepción y concentración de la atención en un momento y una situación determinada.

Para el actor, la falta de concentración representa la muerte de su arte, ya que éste consiste en la presencia absoluta del actor (como ser humano y no como máscara, como se suele creer). En el teatro encontramos grandes avances y aportaciones en este sentido, algunas de ellas derivadas de los adelantos de la psicología, como el psicoanálisis. Una gran aportación de Constantin Stanislavski al arte del actor es la definición del *aquí y ahora*, dados por un tiempo y un espacio en el que *es* y *está* el individuo y en el que éste afirma su propia existencia. Principio que resulta conveniente para la vida cotidiana y que puede mejorar su calidad, pero absoluta e indiscutiblemente indispensable para el teatro.

3.1.3 Motricidad

La tan trillada frase griega de "Mente sana en cuerpo sano" cobra dimensiones casi dramáticas en el caso de los pacientes psiquiátricos que debido al encierro y sus padecimientos, no realizan el más mínimo ejercicio que llegase a mantener en forma su cuerpo, sus pulmones y ritmo cardiaco.

Podemos encontrar casos de pacientes en los que la relación con su cuerpo está tan deteriorada que llegan a automutilarse miembros que han sido continuamente señalados como dañinos, sea por familiares, religión y/o sociedad, y es hacia estas partes del cuerpo el paciente ha canalizado sus angustias, miedos y traumas. Aunque éstos son casos extremos, los pacientes, como la mayor parte de las personas no internas, buscamos una continua economía de movimientos y de desgaste físico, lo cual aunado a la alimentación deficiente, genera cuerpos de bajo rendimiento con problemas para ejercer una vida activa, lo que a su vez conlleva ciertos problemas respiratorios, emocionales y de salud tanto mental como física.

En el teatro, se exige un cierto entrenamiento físico, que más que hacer del actor un atleta, busca hacer de él una persona con elasticidad, resistencia y fuerza para que sea capaz de desarrollar distintos tipos de personajes y el mayor tipo de actividades que se requieran en la escena. Para ello se ha dotado de diversas técnicas que incluyen deportes, artes marciales, acrobacia, danza, etc.

3.1.4 Expresión Verbal

Como mencioné en el inciso referente a la relajación, la respiración es de vital importancia para todas las áreas del trabajo actoral pero no hay nada más ligado a ella que la emisión vocal.

El hombre ha olvidado como caminar, respirar y emitir sonidos correctamente, por esto se ha dicho en numerosas ocasiones que el actor debe reaprender a hacerlo. A diferencia de los animales, el hombre, aprendió a modificar su estructura física, debido a la educación, a estéticas imperantes

en épocas determinadas y a las tensiones de la vida moderna. Por tanto su respiración es entrecortada y de poca profundidad, tal vez los pocos momentos en que la naturaleza real de la respiración del ser humano se libera, es cuando hace ejercicio físico fuerte, cuando grita, cuando llora o ríe con mucha fuerza; es decir, cuando libera sus emociones de la represión que la sociedad les ha impuesto.

Liberar la respiración ayuda al ser humano a liberar tensiones, a rendir mejor en el desempeño de cualquier actividad, ya sea física o intelectual, pero sobre todo ayuda a que nuestra voz fluya.

Los pacientes con enfermedades psiquiátricas han desarrollado tensiones casi permanentes en determinadas partes de su cuerpo, una de las más comunes se presenta en las cuerdas vocales y las asociadas con la respiración. Esto, sumado a sus problemáticas específicas de relación y comunicación, genera un problema grave.

Para cualquier actor es indispensable llevar un riguroso entrenamiento de su voz, por lo que a lo largo de los años de enseñanza teatral se han desarrollado técnicas específicas enfocadas a desarrollar en el actor una voz capaz de llegar con claridad a las últimas butacas de los grandes teatros, expresando con profundidad las emociones de la psique humana.

4 Teatro y rehabilitación del discurso

Como se ha visto en el capítulo anterior, el teatro comprende algunas técnicas, que empleadas en la rehabilitación sintomática de las enfermedades psiquiátricas podrían ser un auxiliar importante.

Además, psicológicamente, el teatro también puede funcionar como un impulsor de la rehabilitación del *discurso propio*. En el proceso actoral se han descubierto implicaciones psicológicas que en ningún otro arte se han encontrado, revelándose de forma clara algunos procesos psicológicos que podrían tener implicaciones terapéuticas. Estas implicaciones se refieren a la rehabilitación del *sujeto* y su *discurso*: El *discurso* ha dejado de pertenecer al individuo, el *sujeto* se ha adscrito a un sistema social, EL *sujeto* y su *discurso* terminan por pertenecer a un *proceso social*. En este sentido, el teatro se asemeja al Psicoanálisis que busca devolverte al individuo su facultad de encontrar y decir quien es y lo que realmente quiere, como se verá a continuación.

4.1 El sujeto del discurso

Todo proceso social (sociedad) está determinado por una coyuntura espacio-histórico-económica dentro de la cual se definen sus propios sistemas de producción, para ello crean y rigen, por medio de las instituciones sociales, religiosas y del estado, a todos los sujetos que en ella coexisten. Para la sociedad resulta indispensable crear a los *sujetos sociales* adecuados para el sistema de producción predeterminado, con un sistema adecuado de representaciones (conciencia) y de comportamiento (conducta). Éstos sujetos

serán los encargados de generar los medios económicos de la sociedad, pero a su vez, también se encargarán de preservar sus fundamentos, leyes, sistemas y sobre todo, de generar nuevos *sujetos sociales*.

Si bien, la conciencia es una experiencia que se acerca al conocimiento de *sí mismo* y de lo que la rodea, es un acercamiento por referencia. Referencia a lo que nos han hecho creer que somos, al lugar que el sujeto identifica como propio dentro de la sociedad. Néstor Braunstein señala que la conciencia sería como una experiencia:

*más o menos inasible, más o menos inefable, que cada quien tiene de sí mismo y de lo que le rodea, y que cada uno supone con características similares en el prójimo.*¹

Esto es: el *sujeto social*, el cual afirmará como propio este sitio en ella, sitio que en realidad le ha sido impuesto, creando así su propia conciencia que ha sido ya determinada por el lugar que ocupa (*sujeto de conciencia*).

La ubicación y posterior control del sujeto dentro del lugar que se le ha impuesto son llevados a cabo, como ya hemos dicho, por las instituciones estatales, religiosas y sociales, quienes a su vez infieren poder a los individuos que se encargaran de ejecutarlo (políticos, padres, sacerdotes, policías, etc.). Este control opera bajo la forma de imposiciones, sutiles en su mayoría, continuas y con una corriente violenta, anuladora. Así es como logra la sociedad que sus individuos establezcan relaciones entre ellos y que éstas se enfoquen al sistema de producción predeterminado. Incluso las instituciones son vigiladas para que el control que ejercen sobre los individuos no sobrepase los límites tolerables de violencia.

¹ Néstor BRAUNSTEIN. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis*. Siglo XXI, 1999, p. 69

A pesar de este control sobre las instituciones, los individuos que llevan a cabo la ejecución del poder suelen ejercerlo con una serie de excesos, generalmente demasiado sutiles como para ser tomados en cuenta dentro de las leyes escritas, y en muchos casos pasan desapercibidos incluso por los sujetos receptores de dicha violencia. Frecuentemente, estos excesos con los que se ejerce el control llegan a sobrepasar los niveles de tolerancia de algunos individuos (que por circunstancias aún no totalmente definidas y explicadas en el capítulo segundo, son mayormente sensibles a ella) y la angustia provocada por el efecto de la violencia ejercida en ellos hace que su estructura caracterológica se desmorone, provocando combinaciones de síntomas que se traducen en diversas enfermedades mentales, las cuales van desde la neurosis leve hasta la psicosis profunda.

Al hablar de la conciencia como un sistema de representaciones resalta la importancia de que éstas son *nombradas*, codificadas por un sistema lingüístico determinado. El *sujeto*, al integrarse a un sistema social determinado, se inscribe también a un sistema lingüístico predeterminado por la sociedad, lo que implica su inserción a un "mundo" donde los objetos tienen una preexistencia "no natural", que son impuestos por la cultura en el lenguaje y por medio de él. Por tanto, la conciencia presupone un sistema de signos, sin los cuales no podrían existir los fenómenos concientes, que no tienen vida empírica sino bajo la forma de asociaciones codificadas entre las representaciones que el sujeto crea: una existencia de lenguaje, al cual no se puede observar, sino en forma de *discurso*, el que siempre "pertenece" a un

sujeto, *sujeto del discurso*. Este discurso, *lo dicho*, está siempre condicionado por *lo no dicho*, de la misma forma en que *lo inconsciente* condiciona *lo consciente*. Es decir que el *sujeto hablante* está limitado en su discurso por todo aquello que no dice, lo que no se le permite decir, lo no decible, lo *no dicho* de su inserción en la sociedad, él no habla, sino que "es hablado" por el lugar de *sujeto social* que le han hecho ocupar.

En la psicosis y demás enfermedades mentales, al romperse la barrera entre *lo inconsciente* y *lo consciente*, la división entre lo *decible* y lo *no decible* se fractura también y, como si fuese un sueño constante, el *discurso*, tanto conductual como verbal, se trastoca y se confunde, oscilando entre los signos reconocibles y la falta de una ilación lógica de su *discurso*. Situación que provoca el alejamiento del individuo de los niveles básicos de funcionalidad requeridos por la sociedad para inscribirse al sistema de producción. Comienza entonces un proceso de reubicación del *sujeto* donde se le aísla y se le confiere el título de *enfermo mental*, rol que el individuo aprenderá a desempeñar más que dentro de la sociedad, fuera de ella, aprendiendo también un nuevo *discurso*, el lugar de *sujeto social* que habla por él es el de "loco". Papel que desempeñará y él mismo reafirmará en sus relaciones personales, ya que es en éstas donde, al interactuar con los otros, desencadena reacciones que no corresponden a lo que él cree como el sentido de su *discurso*, que no es comprendido por su falta de ilación y de unidireccionalidad.

4.2 El sujeto y su discurso en el teatro

En el teatro es permitido hacer y decir lo que en la sociedad no. Ésta afirmación ha rondado por años, escenarios y escuelas de actuación. Dice Eric Bentley:

La novela y el teatro brindan esa libertad y continuidad emocional que la vida real se niega a otorgarnos(...). Y si uno en lugar de ser espectador es un actor, puede sentir entonces esto mucho más profundamente...²

La gran diferencia entre el teatro y el resto de las artes radica primordialmente en que el teatro es un *hecho*, es un suceso que implica la diada espacio-tiempo, asociada también a la *presencia* del ser humano. El teatro es un suceso de acciones humanas, y aunque su similitud con el resto de las artes escénicas es evidente, las diferencias resaltan aún más. Bentley menciona que una de las características primordiales del teatro estriba en revelar lo que está debajo, lo que está oculto, en desvestir al ser humano y no en desnudarlo (como en la pintura y en la escultura), tanto en un sentido metafórico como en un sentido literal. En el teatro se reproduce el proceso social que lleva al hombre a ocultar sus miedos, sus pensamientos, etc. pero sólo para revelarlos después; la danza y la ópera guardan en ese sentido más relación con la música o la pintura que con el teatro, en ellas, el cuerpo se muestra para dejarnos ver su belleza y la de sus movimientos.

Entonces podemos afirmar que el teatro es un *hecho* de *revelación*. Pero ¿qué es lo que se revela en escena? Por reducción a lo obvio, lo que está oculto, y podemos decir en un nivel universal, es decir artístico, que es lo *no decible* del género humano. Las cosas que la sociedad ha querido ocultar, el

² Eric BENTLEY. *La vida del drama*. Paidós, México, 1992, p. 160

teatro las presenta con todo y velos, sólo para descorrerlos después, poniendo en evidencia los errores de la sociedad, su orden, su religión, etc.

En lo que concierne a la presente investigación, la rehabilitación psiquiátrica, lo que es revelado en el teatro es en un nivel más individual: el nivel del actor, del individuo, del que actúa, del paciente en tratamiento: el resultado final no es el de evidenciar ante un público, sino el de liberar al individuo, para que se convierta en el *sujeto de su propio discurso*, dentro y fuera de la escena, es decir en: *sujeto*.

En el arte en general, el productor de obras ha rechazado aceptar el proceso mediante el cual la sociedad le quiere imponer su lugar y función dentro de ella, pero al rechazarla encuentra este camino que le lleva de regreso a la realidad, como lo expone Freud:

En el origen, el artista es un hombre que se aparta de la realidad porque no puede familiarizarse con el renunciamiento que la realidad comienza por exigir de él, y deja jugar libremente sus deseos eróticos y ambiciosos en su vida fantasmática, pero encuentra el camino que trae de vuelta de ese mundo fantasmático... les hace tomar a sus fantasmas la forma de una nueva categoría de cosas reales...³

Esto difiere de la creencia popular de que el artista es o debe ser un niño o un psicótico, ya que el artista encuentra en su medio de expresión, la representación precisa de sus propios *fantasmas*⁴, y en el caso del trabajo actoral, no sólo los crea, sino que también los vive desde dentro, los suda, no

³ Sigmund FREUD, *Formulaciones sobre los dos principios de la actividad psíquica*. Apud en Jean-Claude SEMPE *El psicoanálisis*. Gramma, 1974, p. 234

⁴ -Fantasma *Producto de la imaginación por el cual el yo trata inconscientemente de substraerse o escapar a ciertas circunstancias de la realidad*. Francisco LARROYO. *Diccionario Porrúa de Pedagogía y ciencias de la Educación*. Porrúa, México, 1982, p. 294

-Fantasma *Representación mental que aparece en la conciencia vivida como nueva y convalidada con el contenido de la conciencia. .) Pueden producirse en sueños, o con drogas, proliferar en la privación sensorial, en la superstición y sobre todo en las psicosis, y destruir la personalidad, pero también "aproximar a la razón lo absoluto y lo infinito y hacerlo más accesible al hombre mortal"*. DORSCH, *Diccionario de Psicología*. Herder, Barcelona, 1994, p. 317

como un objeto de creación que está fuera de él y que tendrá vida propia, aun después de muerto el artista. El actor crea su arte y sus *fantasmas* delante de la sociedad. En el caso de los paciente psiquiátricos, los espectadores y sus compañeros de escena, pacientes o no, avalarán al reaccionar según lo esperado, que su discurso ahora sí tiene esa ilación, ese sentido que le había fallado, sentido que desencadena reacciones precisas de acuerdo con el discurso que había deseado expresar. Podemos decir entonces que ese discurso ha sido recuperado, rehabilitado, devuelto a su dueño original: *el sujeto*.

5 METODOLOGÍA

A lo largo del presente capítulo se irá exponiendo de forma clara el trabajo desarrollado entre 1997 y 1998. El cual consta del trabajo preeliminar al contacto con los pacientes, el desarrollo dentro del hospital, el protocolo de investigación (que es el marco del desarrollo de la investigación, desde el punto de vista de la ciencia médica, marcado por la Secretaría de Salud, a través del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno), así como el desenlace del proceso en la representación de la obra *Paso de madrugada*.

Este capítulo encierra el trabajo teórico-práctico desde sus inicios hasta su conclusión y los datos obtenidos principalmente de forma observacional, lo que quiere decir que los datos y avances específicos de cada uno de los individuos fueron registrados por medio de la observación diaria de los pacientes en cada ejercicio, porque el grupo de investigadores consideró que debido a la sintomatología de los padecimientos de los pacientes seleccionados sería un estorbo la utilización de otras técnicas que pueden ser asimiladas por el paciente como elementos agresores y podrían llegar a imposibilitar su plena adición al sistema de trabajo dentro del taller.

La recopilación de los datos se llevó a cabo de acuerdo con los patrones de investigación establecidos por la secretaria de salud y el Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno dentro del siguiente protocolo de investigación.

5.1 Protocolo de investigación

1.- Número de muestras a estudiar: Descriptivo.

2.- Conocimiento que tienen los investigadores sobre los factores de estudio:

Abierto.

3.- Participación del investigador: experimental.

4.- Tiempo en que ocurren los eventos: prospectivo.

5.- Periodo que cubrirá el estudio: longitudinal.

6.- Universo de estudio: 430.

7.- Tamaño de muestra: 10.

- Asignación de casos: Alternativa.

8.- Criterio de selección de la muestra:

- De inclusión: Nivel de funcionalidad alto y enfermedades afines como esquizofrenia residual, esquizofrenia paranoide, y síndrome orgánico.

- De eliminación: Apatía y desgana

9.- Proceso de captación de datos:

- Revisión bibliográfica. El investigador estudiará acerca de la condición de las enfermedades y estudiará los antecedentes de esta área.

- Análisis de expedientes. El grupo conocerá los antecedentes de los pacientes y sus actividades desarrolladas con anterioridad, dentro y fuera del hospital.

- Observación inicial del estado físico de los pacientes. El equipo hará una valoración de cada paciente, en las distintas áreas, por medio de la observación detenida dentro de cada actividad.

10.- Los avances y los cambios serán registrados durante el transcurso de las sesiones de forma observacional.

11.- Composición del taller

Investigador responsable: Omar Becerril Serrano
Investigadores asociados: Julieta Casavantes Monares
Laura Rivas Carrillo
Adrián Pola Ojeda

5.2 El proceso

El objetivo primordial de este taller fue registrar el progreso de los usuarios del hospital, los cuales han permanecido en él por varios años, y decidieron por propia voluntad entrar en el taller. Este proceso se llevó a cabo de marzo a julio de 1998, con un total de 32 sesiones de una duración de dos horas cada una, distribuidas dos veces por semana.

5.2.1 El trabajo dentro del hospital

El trabajo dentro de un hospital psiquiátrico no es sencillo, la experiencia para cada uno de los investigadores ha sido uno de los eventos más importantes en nuestras vidas. Por encima de los datos recabados, de la asesoría de los psiquiatras y psicólogos; la experiencia de la convivencia con usuarios del hospital, dentro y fuera del taller, es una continua sorpresa, un continuo trabajo de auto análisis y replanteamiento de los valores de la sociedad. La mayor parte de las cosas que ocurren en un hospital como éste no suelen conocerse en el "mundo exterior". Los psiquiatras, psicólogos, terapeutas y enfermeras están en continuo contacto con la angustia más básica de la sociedad (tan grande que ha sido aislada), con los individuos que han sido expulsados de ella porque no

podieron sobrellevar tal carga, y al mismo son ellos los pivotes de escape de la sociedad para la angustia que ella misma produce.

Así que en cierta forma ha sido un trabajo a tuestas, un trabajo en el que pacientes y terapeutas nos hemos ayudado mutuamente, por supuesto mucho más ellos a nosotros.

La primera etapa del trabajo, que mejor dicho es el motor primigenio, fue la cercanía al hospital por mi cuenta, como parte del grupo de *Psicopatología Aplicada* que el Dr. Juan Carlos Muñoz Bojallil imparte en el hospital como parte de las materias de la licenciatura en Psicología de la UNAM, del que se desprendió un primer *Taller de teatro* con los pacientes, que si bien no arrojó resultados muy claros ni avances visibles en los pacientes, sí sembró las bases y la inquietud que derivarían en un segundo proyecto, más elaborado y con objetivos clarificados. Ese segundo proyecto es el que da origen a la presente tesis.

La primer etapa de trabajo de este segundo proyecto fue la investigación, tanto documentada como práctica sobre las enfermedades y la definición de los primeros criterios de selección. Posteriormente se seleccionaron los candidatos para conformar el grupo de investigadores asociados. Ya que todos fueron extraídos de la carrera de Literatura Dramática y Teatro, se les adiestró en el conocimiento y comportamiento de los pacientes psiquiátricos así como en el tipo de relación a establecerse con ellos. Inmediatamente se procedió con el protocolo de investigación y se comenzó con la valoración inicial de los pacientes, para su posterior:

5.2.2 Selección de los pacientes y su valoración inicial

Como primer paso se procedió a seleccionar a los pacientes por grupos de enfermedades en colaboración con las autoridades del hospital quienes nos facilitaron las listas de pacientes y sus diagnósticos, descartando aquellas enfermedades que contengan grandes imposibilidades físicas, y seleccionando por afinidad sintomática. De lo cual se llegó a una lista con de cerca de treinta individuos, a los cuales se citó en un aula de trabajo del propio hospital donde se llevaría a cabo una nueva selección, en la que se fueron descartando los casos más graves o los que presentaron mayor apatía y desgana y aquéllos que podrían presentar algún riesgo mayor. En esta sesión inicial, o sesión cero, se trabajó con doctores del hospital quienes intentaron entusiasmar a la población hacia las actividades del taller, y se realizaron algunas actividades muestra para tal efecto.

Al finalizar ésta, se les citó para la sesión de arranque, o sesión uno, a partir de la cual se llevó a cabo la última selección, en esta ocasión por parte de los propios pacientes: los menos interesados no llegaron a las sesiones subsecuentes.

La valoración inicial de los pacientes se fue llevando a cabo desde la selección de enfermedades, donde ya se contaba con una idea vaga de la serie de situaciones a las que nos enfrentaríamos, pero fue sólo ante las primeras sesiones, una vez hecha la selección final y la consulta de los archivos de cada uno de los pacientes seleccionados, que logramos tener una visión más clara y

con lo que pudimos terminar de plantear los ejercicios y ritmos con que habríamos de trabajar.

De nuestra primer valoración obtuvimos los siguientes datos:

Alfredo P.¹

Ingreso: 1994 a los 43 años de edad.

Edad actual²: 47.

Estado civil, legal y laboral: Soltero, libre, desempleado.

Diagnóstico: Esquizofrenia indiferenciada.

Tratamiento: Pipotiacina, Sinogan.

Situación familiar: Visita regular del responsable.

Estado inicial: Se presenta corporalmente rígido, desconoce por completo la capacidad de desempeño de su cuerpo. Respiración entrecortada y a nivel de pecho. Presenta una comunicación verbal y gesticular bastante escasa. Convivencia escasa. Dificultad para concentrarse y relajarse.

Tomás E.

Fecha de nac. : 29 de Dic. 1955

Escolaridad: 4° sem. de licenciatura en Psicología.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide

* Se descartaron los pacientes que presentaron cuadros agudos de ansiedad y de agresividad, ya que por la inexperiencia de los investigadores en estos casos, representaban un riesgo tanto para el resto del taller como para ellos mismos.

¹ Por respeto a la intimidad de los pacientes y sus familias se han alterado sus nombres.

² Actual, en todos los casos se refiere al momento de la investigación, 1998

Tratamiento: Aldohi, Olancipina, Carbapina.

Padecimiento comienza a los 20 años de edad.

Fecha de ingreso en este hospital: Septiembre de 1995

Fecha de reingreso: Septiembre de 1996

Situación penal, civil y laboral: Libre, soltero, trabaja.

Situación familiar: Visitas regulares.

Estado inicial: Se fatiga con facilidad, presenta sobrepeso y resistencias psicológicas al ejercicio, muy poca elasticidad corporal, lo atribuye a los medicamentos. Su dicción es buena, su aparato fonador esta en condiciones óptimas de trabajo, no fuma, su respiración es profunda. Desconfianza ante los ejercicios de concentración. Prefiere obedecer instrucciones a proponer. Presenta apatía ante dinámicas de grupo. Expresa mucho entusiasmo ante el trabajo en el taller. Es diabético. Presenta un tic en la mano izquierda y otro en la boca y la lengua.

Luis F.

Fecha de nac.: 25 de Junio de 1926

Edad actual: 72 años.

Escolaridad: Primaria.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

Fecha de ingreso en esta institución: 1993 y 1994

Situación legal, civil y laboral: Soltero, libre, no trabaja.

Situación familiar: Visitas esporádicas.

Tratamiento: Sinidán, Trilafon.

Estado inicial: Presenta una gran deficiencia física, debido a la falta de ejercicio y a la avanzada edad, no logra estirarse, ni agacharse, camina con cierta dificultad, falta de fuerza muscular. Presenta deficiencias al respirar, al emitir voz y en la dicción son más graves, su voz es apenas audible. Fumador. Requiere mucho esfuerzo para relacionarse, y para dejarse guiar en los ejercicios, manifiesta indiferencia ante lo que tenga que ver con la imaginación y el grupo en conjunto. No atiende las indicaciones y es necesario repetirlas específicamente a él. En ocasiones reacciona agresivo ante el contacto físico con otros compañeros. Presenta una gran desconfianza.

Federico R.

Edad actual: 48

Fecha de ingreso: 1993, a los 43

Diagnóstico: Trastorno bipolar, Psicosis maniaco-depresiva.

Situación penal, civil y laboral: Libre, soltero, trabaja.

Situación familiar: Visitas esporádicas de familiares en segundo grado.

Tratamiento: Alopaldol, pipotiaccina, biperden.

Estado inicial: No atiende a las indicaciones, realiza ejercicios distintos a los indicados, se cansa fácilmente y es renuente ante el ejercicio físico. Presenta una respiración entrecortada, pero su dicción es buena y su voz es generalmente audible. Es renuente ante los ejercicios de respiración y relajación. Es creativo y le entusiasman los juegos y dinámicas grupales, aunque se dispersa fácilmente y se burla constantemente.

Bernardo A.

Edad actual: 46

Fecha de ingreso: 1992, a los 40

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

Situación legal, civil y laboral: libre, soltero, no trabaja.

Situación familiar: abandono.

Tratamiento: Penfluridol.

Estado inicial: Se presentó hasta la sexta sesión. Buena disposición corporal, nivel de flexibilidad media, sin embargo prefiere no cansarse, y realiza los ejercicios lo menos profundo posible. Voz potente pero forzada en la garganta. No comprende por completo las instrucciones. No logra terminar los ejercicios de relajación e imaginación, sin embargo muestra disponibilidad e interés. Le es difícil la integración grupal.

Gustavo M

Edad actual: 57

Fecha de nac.: 4 de Noviembre de 1941

Escolaridad: 3° primaria.

Fecha de ingreso: 1990, reingreso en 1996.

Diagnóstico: Síndrome orgánico. Trastorno mental y del comportamiento secuencial a traumatismo craneoencefálico debido a accidente, seguido por tres días de inconciencia.

Situación penal, civil y laboral: libre, soltero, no trabaja.

Tratamiento: Aquimetón, Levomepracina, Caromasepina, Estelacine.

Estado inicial: Se integró al taller hasta la tercer sesión, haciendo evidente un estado físico de pasividad, falta de tono muscular y elasticidad. Respiración entrecortada poco profunda, denota condición de fumador. Su dicción es mala, su voz poco audible, situación que se incrementa en estado de nerviosismo. Presenta un alto nivel de creatividad, constantemente imagina cosas, la cadena de su pensamiento se presenta muy desorganizada, sin embargo se puede concentrar en los ejercicios de imaginación con cierta facilidad. Se muestra entusiasmado ante el taller y los ejercicios de teatro. Constantemente mezcla la realidad con ideas delirantes, en las que se siente agredido por elementos metafísicos.

Octavio A.

Edad actual: 54.

Fecha de nac.: 13 de Septiembre 1944.

Fecha de ingreso: 14 nov 1990.

Escolaridad: Preparatoria.

Situación penal, civil y laboral: Libre, soltero, no trabaja.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

Tratamiento: Haldol, Biperiden, Tiondazina, Carbamacepina.

Situación familiar: Visitas esporádicas de parientes directos y una amistad.

Estado inicial: Presenta un traumatismo en una pierna, mismo que utiliza como pretexto para no realizar ejercicio físico. Presenta deficiencias de dicción y de respiración, su voz es apenas audible, parece ser conciente de ello. No se integra por completo a las dinámicas de grupo.

En el inciso siguiente se describe el trabajo con los pacientes, desglosado y detallando las circunstancias de cada uno de aquellos, el procedimiento llevado a cabo con el grupo, los objetivos particulares de cada una de las variables, algunos ejemplos de ejercicios propuestos para ese fin, así como el desarrollo y avances de los pacientes. El sistema de trabajo de cada una de las sesiones tiene una liga íntima con la personalidad de cada uno de los investigadores, así como con su preparación en el ámbito teatral. Por ello, el desarrollo de un área específica de cada variable e incluso de cada ejercicio fue diseñado pensando, primero en los pacientes, después en el guía o investigador que le habría de llevar a cabo. Así, mientras el primero funciona como director de un ejercicio, el segundo de los guías registra el ejercicio y el resto como auxiliares, siendo incluidos, junto con los pacientes, en el desarrollo del ejercicio y funcionando como una guía para ellos, ya que observando a los compañeros pueden comprender mejor el ejercicio planteado.

5.2.3 Relajación

Objetivos específicos

Primer etapa. Lograr que el usuario mantenga los ojos de quince a veinte minutos cerrados, sin sentir miedo ni angustia.

Segunda etapa. Que el paciente logre reconocer su cuerpo con los ojos cerrados y ubicar los puntos de tensión.

Tercer etapa. Que el paciente imagine una historia narrada por el guía, desde el principio hasta el final.

Cuarta etapa. Lograr que el paciente aprenda a liberar los puntos de tensión del cuerpo, buscando las causas que la provocan.

Ejercicios

Para tales efectos, en el Colegio de Literatura Dramática y Teatro se imparten, de una u otra forma, técnicas de relajación. En nuestro caso se tomaron y rediseñaron algunos ejercicios en particular destinados a la relajación de los pacientes, algunos de los cuales sirven también a propósitos de las otras variables tratadas en el taller, por lo cual serán repetidos en los índices posteriores. Algunos de los ejercicios son progresivos y se realizarán cada sesión, otros, los menos, esporádicamente o solamente una vez. A continuación se presentan algunos de los ejercicios a realizar:

Sacudida.

Se realiza después de haber calentado el cuerpo por medio de calistenia, a partir de una posición de medio tandem, comenzar a sacudir el cuerpo de lento a rápido, brincando como "chango", asegurándose que intervengan todas las partes del cuerpo, hasta lograr una ligera agitación cardíaca y respiratoria, luego poco a poco ir desacelerando hasta llegar al nivel de piso, suavemente, hasta recuperar el control de la respiración.

Reconocimiento imaginativo del cuerpo.

Una vez a nivel de piso y con la respiración controlada, se cierran los ojos, se le pide al alumno-paciente que respire profunda, suave y lentamente y que con cada inhalación imagine una parte determinada del cuerpo, como un globo que se infla y que se desinfla al exhalar, esto debe llevar un orden progresivo, comenzando por: un pie, pantorrilla, rodilla, muslo, el otro pie, etc., poniendo particular atención a la cabeza, a las partes más tensas de cada paciente y a las que se relacionen con cada enfermedad.

El "globo" puede ser sustituido por otras imágenes dependiendo el efecto deseado, agua, aire, etc.

Las nubes.

Se les pide que después del ejercicio anterior, y aún con los ojos cerrados, "vean" pasar nubes, en el fondo del cielo azul, y que, si comienzan a pensar en algo, el pensamiento lo vean pasar junto con las "nubes"

Tensión – distensión.

Después de la "sacudida", y también recostados, se les pide ir tensando una a una cada parte del cuerpo, hasta llegar a tensar todos los músculos del cuerpo, y luego con una exhalación suave y lenta ir soltando uno por uno.

5.2.4 Concentración

Objetivos específicos

Primer etapa. Que el paciente sea capaz de atender la narración de una historia de principio a fin.

Segunda etapa. Lograr que el usuario narre su propia versión de la historia, sin desviarse de la misma.

Tercer etapa. Ayudar al usuario para que sea capaz de narrar su propia historia, desarrollándola de principio a fin, y atienda la lectura completa de una obra de teatro de aproximadamente una hora.

Cuarta etapa. Que el paciente logre concentrar su atención durante el montaje de una obra, tanto en ensayos como en la puesta en escena.

Los ejercicios

Se plantean, para agilizar y reafirmar la concentración y la percepción, además de todos los contenidos en el índice anterior los siguientes:

- Relato de un viaje.

Acostados y con los ojos cerrados, se les pide que imaginen, en primera persona, la historia que uno de los guías va narrando, estas historias variarán diariamente, y se refieren a la interacción del individuo en un ecosistema determinado, bosque, campo, desierto, etc., éstas deben de ser en despoblado, y no encontrarse con personas, tal vez con animales, ríos, cabañas, etc.

- Narración de una historia.

Sentados en círculo. Alguien lee una historia, un cuento, una narración interesante, y al final cada uno de los pacientes cuenta la historia que escuchó. Durante las primeras sesiones, será un guía quien lea la historia, cuando en el taller se llegue a la enseñanza de la lectura correcta de textos, podrán ir pasando a leer los pacientes por su propia voluntad. Y conforme se evolucione en el taller y después de haber preparado a los pacientes a la escena por medio de los juegos

dramáticos, se formarán grupos con los cuales se representarán las historias, ya sea por medio de pantomima, o actuación.

- El juego dramático.

Son juegos cuya finalidad es la de acercar a los individuos a la escena, le dan confianza al participante en un grupo determinado, ya que en éstos no hay observadores. Existe una variedad casi infinita de éstos, y pueden adaptarse a cada grupo, algunos han sido diseñados pedagógicamente para la interacción grupal o para otros fines similares.

En ellos, los participantes inventan personajes que interactúan con los demás, como:

"Los títeres" Para éste se requiere de material de apoyo, que bien puede ser reciclado como botes de leche, revistas periódicos, etcétera, también se requiere de tijeras, pegamento y plumones, colores etc. Después de explicar las bases del juego, el material se coloca al centro, y cada uno de los participantes, en forma libre debe escoger el títere que quiere realizar, así como los materiales a utilizar. Uno de los guías debe de actuar como monitor, pero debe de crear su propio títere, e interactuar, de forma que los participantes no se sientan observados. Una vez concluidos los títeres, si el grupo es muy grande se dividen en pequeños grupos que actuarán como clan o familia, si no, se integrarán todos al grupo e irán desarrollando una historia, no importa que no tenga principio ni fin, pero que cada uno de ellos respete el rol que haya escogido.

- Lecturas de obras.

Sentados en círculo se harán lecturas de obras cortas, completas, escogiendo cada uno un papel al azar, luego entre todos se escogerá una obra donde todos deseen participar (incluyendo a los guías), y estén de acuerdo con los personajes.

- Ensayos y montaje de obra.

Después de los ejercicios de calentamiento y relajación, se llevarán a cabo los ensayos de la obra escogida, siendo ésta dirigida por el coordinador del proyecto. En los ensayos se aplicarán los conocimientos adquiridos durante el taller, además entre todo el grupo, fuera del tiempo de ensayos, realizará parte de la escenografía y el vestuario de la obra.

5.2.5 Motricidad

Objetivos específicos

Primer etapa. Que el paciente reconozca sus limitaciones físicas y despierte su necesidad de superarlas.

Segunda etapa. Que el paciente diferencie las distintas etapas y formas de calentamiento del cuerpo, así como las rutinas básicas de elasticidad y fuerza muscular.

Tercer etapa. Que el paciente reconozca y utilice las distintas rutinas de trabajo para cada sección del cuerpo, las aerobias y las anaerobias.

Cuarta etapa. Que el paciente logre desarrollar mayores aptitudes físicas, así como una disciplina de ejercicio.

Ejercicios

Algunas de las técnicas de la pedagogía teatral se enfocan a reconstruir la estructura física del actor, llevándole a una relación mente – cuerpo mucho más estrecha, hasta que ésta diferencia es casi in perceptible.

Los ejercicios a aplicar en esa sección son, además de algunos mencionados en las otras secciones, los siguientes:

-Calentamiento.

Parados, en posición de medio tandem, es decir, rodillas ligeramente flexionadas, pies paralelos y abiertos con la distancia intermedia de su propio pie, se comienza por un pie, girándolo en círculos hacia uno y otro lado, luego el otro, una rodilla, la otra; las piernas (una por una, claro), luego la cintura, la cadera, el torso, las manos, antebrazos, brazos, cuello y cabeza. Todos los movimientos deben ser en círculo, lo más amplio posible, cuidando que no se lastimen.

Después se realiza el ejercicio de la "sacudida", pero sin llegar a recostarse.

- Aeróbicos y controlología.

Éstos deben realizarse según las capacidades de cada paciente procurando que sean divertidos para ellos, pueden ir desde salir a trotar por el hospital, o plantear juegos donde deban correr, brincar o ambas, como los "quemados" "las trais", etc. Éste último tiene muchas posibilidades, como tocar solamente una parte del cuerpo lo que nos da un control del cuerpo más exacto.

Juegos de confianza.

Consisten en desarrollar la confianza en el grupo e irlos preparando para los juegos dramáticos. Por ejemplo:

El tren a oscuras: éste juego se lleva a cabo formando una línea con cada uno de los integrantes, que se toman por la cintura y el que va al frente es el que lo guiará. una vez que han logrado sentirse cómodos, cerrarán los ojos, exceptuando al que va guiando, comenzando de lento a rápido, cada uno de los participantes debe guiar al "tren". Es importante que alguno de los guías del taller se quede como "monitor, para vigilar que no haya contratiempos, y que los pacientes se sientan cómodos y en confianza, de no ser así se debe suspender el juego, o en su caso el paciente puede sentarse a observar el juego para que vea que no hay de que temer.

5.2.6 Expresión verbal

Objetivos específicos

Primer etapa. Que el paciente reconozca la función del aparato fonador y la importancia de la comunicación verbal, y reconozca también sus propias deficiencias a ese respecto.

Segunda etapa. Lograr que el paciente desarrolle las técnicas básicas de la respiración intercostal, así como el reconocimiento y la utilización adecuada de los puntos de articulación dentro de la boca.

Tercer etapa. Que el paciente maneje la columna de aire para la correcta colocación de la voz, y que aprenda a pronunciar claramente las palabras con todas sus letras.

Cuarta etapa. Que el paciente lea correctamente un texto dramático y conozca los principios básicos de la interpretación verbal.

Como primer paso, es necesario hacer una valoración general de la situación particular de cada individuo, por medio de la observación de la forma de respirar de cada uno. Si los casos no incluyen problemáticas particulares, se comienza con el trabajo, pero siempre cuidando de no presionarlos a que encuentren los resultados en una sola sesión. A esto Monroy y Lugo nos dicen que: "...hay que darle su tiempo al entrenamiento y al proceso de reeducación que éste entraña, y que sólo surge de la concientización personal."³

- Ejercicios iniciales.

Inicio. Dispuesto el grupo en círculo, se colocan en posición de medio tandem, de pie, se realizan una serie de inhalaciones y exhalaciones profundas, sin otra indicación más que éstas sean lentas, suaves y por la nariz, luego, tomando ejemplo en alguno de los guías se les muestra la diferencia entre la respiración pectoral, intercostal y abdominal. Luego lo han de intentar ellos. Lo más importante es que vayan conociendo su importancia en el proceso de educación de la voz. Una vez hecho esto, se harán nuevamente de tres a cinco series de respiraciones como al inicio.

Por tiempos I. Misma disposición. Se comienza por hacer respiraciones libres, luego tres series, inhalando en tres tiempos, un tiempo se retiene, y en tres tiempos se exhala. Tres series, en donde se inhala en tres tiempos, se retiene en dos tiempos y en tres la exhalación. Tres series donde se exhala en tres, se retiene el aire tres tiempos y se exhala igual. Nuevamente una sesión de respiraciones libres.

³ Marcela RUÍZ et al. *op cit* p. 28

Por tiempos II. Después de las respiraciones libres se hace una serie de tres respiraciones, cada uno de los pasos (inhalación, retención y exhalación) en un tiempo. Luego otra serie de tres en dos tiempos, otra serie en tres, nuevamente una de dos tiempos, y finalmente otra de un tiempo. Se concluye con respiraciones libres.

- Calentamiento del aparato fonador.

Se comienza por estirar y contraer los músculos del cuello y la cara, echando la cabeza para atrás (previo calentamiento) y jalando la quijada hacia adelante y hacia atrás, con suavidad y sin forzarse. Luego se traga saliva y se bosteza. Se hace una serie de respiraciones exhalando por la boca, con la quijada suelta y los labios que apenas se rocen, después, con la quijada suelta y los labios abiertos, se exhala aire en forma de vaho, teniendo la imagen de que se empaña un espejo, de cinco a seis veces. Para finalizar el calentamiento se harán una serie de emisiones de aire alargando la letra *m*, con los labios cerrados y con la imagen de tener una pelota de ping-pong entre la lengua y el paladar.

- Apoyo de la voz. Éste termino lo han descrito Marcela y Fidel como:

*...impulsar el aire sin obstrucción, con fuerza y continuidad, mediante el trabajo ejercido por los músculos abdominales y pélvicos sobre el diafragma y, por lo tanto, sobre el impulso espiratorio; con ello se logra que la fonación fluya sin jadeos ni desmayos, suministrando de manera controlada el aire espirado y posibilitando también que éste impacte con la fuerza necesaria sobre las cavidades de resonancia.*⁴

Para lo cual se usarán los siguientes ejercicios:

⁴ LUGO, et al. *Op cit.* p. 63

Las ssssssss.

Después de una serie de respiraciones libres, se inhala, suave y profundamente, se emite una s alargándola en una forma continua y suave. En todos estos ejercicios se debe advertir que se guarde un poco de aire, el suficiente como para no tener que forzarse. Esto se repite tres veces.

Luego de realizar el ejercicio anterior, se alargaran nuevamente la misma consonante, pero ahora de menor a mayor intensidad. Se repite tres veces.

-Dicción.

Para este inciso se hará una nueva valoración sobre los problemas particulares de los pacientes y se hará énfasis en sus problemas particulares, sin embargo, los ejercicios propuestos son los siguientes:

Calentamiento. Se principia por contraer y estirar los músculos faciales, haciendo gestos, abriendo y cerrando ampliamente la boca.

Emitir las vocales continuamente, pero fraseándolas: A-E-I-O-U-A-E-I-O-U-A-

Decir trabalenguas en voz alta, abriendo la boca y silabeando fonéticamente:
En-un san-ti-a-men-os-san-ti-gu-as-te-is-los-.....

5.2.7 El montaje

Uno de los métodos planteados para la rehabilitación de los pacientes es que en todo trabajo que desarrollen en cualquiera área, ya sea laboral, psicológica, psiquiátrica, etc., encuentren una justificación y una medida de sus avances, al tiempo en que se sientan gratificados por ello. Por lo que se planteó finalizar el taller con una puesta en escena, que al tiempo en que les ayudara a seguir

desarrollándose en el ámbito de las variables, les diera una herramienta para enfocar sus esfuerzos y una gratificación personal. El montaje de una obra de teatro les dio la oportunidad de demostrarse a sí mismos que son capaces de desarrollarse en esta área, y que pueden mejorar sus capacidades psicofisiológicas, y si su confianza en sí mismos no es lo suficientemente grande como para llegar a creerlo, la función dada en el hospital ante visitantes, doctores e internos lo confirma, ya que estos avances son reconocidos por los espectadores. La aprobación, por medio de los aplausos, establece inconscientemente una nueva relación del paciente con la sociedad que le ha rechazado haciéndole perder la confianza en sí mismo. El público representa a esa sociedad cuyo discurso, ahora, es distinto.

Se decidió seleccionar un texto preexistente, ya que una de las características de los pacientes psiquiátricos, es que han perdido el *texto* de la vida, su discurso ha sido fracturado y su pensamiento descarrilado, por lo que un texto dramático seleccionado, en cuyos personajes pueda encontrar algún rasgo de individualidad con el que se identifique, para él será más provechoso que el dejarse llevar por la improvisación.

El proceso de selección de la obra se dividió en dos partes. La primera, por parte de los investigadores, se buscó material que coincidiera con las posibilidades numéricas de reparto, que los personajes y la trama no fuesen complejos ni que tuvieran escenas que pudieran alterar perjudicialmente las emociones de ellos, y sobretodo, que los personajes coincidieran en algún punto con los caracteres de los pacientes. La segunda parte consistió en la lectura de

varias de las previamente seleccionadas, ante las que ellos expresaron sus inquietudes y similitudes con los personajes.

La obra seleccionada por el grupo en conjunto fue *Paso de madrugada*. De Emilio Carballido⁵, la cual se transcribe a continuación.

Paso de madrugada

Reparto

Policía 1	Tomás E.
El lechero	Julieta Casavantes
Policía 2	Gustavo M.
El marido	Adrián Pola
La mujer	Laura Rivas
Patrullero 1	Luis F.
Patrullero 2	Octavio A.

Una garita de policia al fondo, a un costado de la carretera.

LECHERO: Oiga: creo que allá están asaltando a alguien.

POLICÍA 1: ¿Adónde?

LECH: Allá por la vía. Se oían gritos, y parecía como que se peleaban.

POL 1: ¿Y no fue a ver que sucedía?

LECH: ¡Claro que no!

POL1: ¿Entonces cómo sabía que era asalto?

LECH: ¡Pues parecía!

POL1: (Desganado) No, por ahí hay muchos... borrachos. Y ahí le toca a la patrulla No hay cuidado.

LECH: Con suerte están matando a alguno y usted tan tranquilo.

POL 1: (Enojado) Yo sé cuál es mi deber. A mi me toca esta garita. (Lo mira con cuidado) ¿Y usted, qué anda haciendo aquí a estas horas?

LECH: (Sorprendido) ¿Yo?

POL: Usté.

LECH: ¡Yo voy a recoger mi entrega!

POL 1: Pues yo te veo medio sospechoso. Como que tu cara se me hace conocida.

LECH: ¡Claro! Si aquí paso todos los días.

POL 1: ¿SÍ? Anda, Circúlale. Pero ya.

LECH: ¡Ora sí!

POL 1: ¿Ora sí qué?

LECH: Nada. (sale pedaleando)

POL 1: ¡Nomás faltaba que me fueras a gritar!

Se oye una voz como de cantina que canta acercándose.

POL 2: (Cantando desde fuera) ¡Ay qué laureles tan verdes, qué flores tan encendidas...!

El policía 1 le palpa las bolsas y le encuentra una botella de tequila a medio terminar. Los dos ríen.

POL 2: (Que no ha interrumpido su canto) Si piensas abandonarme, mejor quitame la vidaaa.....

POL 1: A su salud, compita. (Bebe)

POL 2: (Cantando) Eres rosa de castilla, que solo en mayo se ve... (hablando) Ésta es voz, ¿eh? (Canta) Quisiera hacerte un invite... (El otro sigue bebiendo. Corta el canto) ¡Óigame! (Le baja el brazo, le quita la botella.)

POL 1: (Se estremece) Esto sí. (Se golpea el pecho) Esto sí. (Ve al otro que bebe como agua) Ande, salud, compañero. Al fin que no quería.

POL 2: No comas ansias. No se va a acabar. (Se limpia la boca con la manga)

Entra intempestivamente EL MARIDO. Los policías esconden la botella.

MARIDO: Oiga, por favor. (Se mete a la garita, sale) Su... su... ¿Dónde está su...? ¿Cómo se llama?

POL 1: (Condescendiente) Orine por ahí, donde quiera.

MARIDO: ¡Teléfono! ¡Su teléfono! ¿Dónde está su teléfono?

POL 2: ¿Cuál teléfono, pues qué aquí es estanquillo?

MARIDO: ¿No hay? ¿Y qué hago? ¿Pero qué hago?... ¡Un coche! ¿Dónde está su coche?

† Emilio CARBALLIDO. *DF 26 obras en un acto*. Grijalbo, México, 1979, pp. 217-231

POL 2: ¿Dónde está mi coche, tú?

POL 1: ¿No es ese verdecito que está ahí ala vuelta?

POL 2: ¿Y el tuyo?

POL 1: El mío es muy fino, no lo saco del diario.

MARIDO: (Desconcertado) Pero ustedes tienen coche, ¿no? Con radio.

POL 1: Sí, un Cadillac. (Carcajadas de los policías)

MARIDO: (Sin entender el humor de los otros) ¡Pero ustedes tienen! O uno de esos camioncitos, uno, uno de éstos. ¡Usted entiende! ¡Mi mujer está muy mala!

POL 2: (Con calma y condescendiente) Una ambulancia quiere usted. Ambulancia se llama, hay que saber hablar. Mire, aquí no tenemos. Camine hasta la Villa. En cinco o diez minutos puede que halle un teléfono, y más adelantito...

MARIDO: ¡No puedo!

POL 2: ...más adelantito está la Cruz.

MARIDO: Es que ¡ya! ¿Cómo la dejo aquí?

POL 1: Allá se la atienden y todo, vaya a la Cruz ¿Qué le pasó a su mujer?

MARIDO: ¡Un niño!

POL 2: ¡Ay, qué caray! Pues lo felicito, amigo. ¿El primero?

MARIDO: ¡El quinto!

POL 1: Distinguido, ¡mi más sentido pésame!

MARIDO: ¡No hay coches! ¡No hay camiones! Salimos de la casa hace una hora, y le va a suceder aquí, porque ya casi.

POL 2: No se apure, las mujeres son remañosas. Va usted, vuelve, y ella se aguanta.

MARIDO: No puede. Ya... casi. Esto... ¿Qué hago? ...nunca nos había pasado.

POL 1: (Dubitativo) Pues qué caray. La patrulla pasó hace rato, pero se va a tardar en volver.

POL 2: (Afectuoso) Hágame caso. Se va caminando hasta la villa. En 15 ó 20 minutos halla teléfono...

VOZ DE LA MUJER: ¡Viejooo! ¡Viejito!

MARIDO: ¡Ya voy! ¡Ya voy! (sale)

POL 2: Ah, qué amigo más argüendero. Ni que él estuviera hechando fuera al muchacho.

POL 1: (Chasquea la lengua) Las viejas se aguantan rebien. Mientras no estén con su buena partera, bien cómodas y todo, se aguantan. Ellas saben cómo. Salucita.

Entra el MARIDO corriendo y gritando.

MARIDO: ¡Pare, pare! ¡Oiga, pare, señor! ¡Libre, pare!

Fogonazo fugaz: las luces de un coche que pasó. Él deja caer los brazos, de pronto se enoja.

MARIDO: ¿Y porqué no me ayudaron a parar ese coche?

POL 2: ¿Y qué se creyó? ¿Qué íbamos a interrumpir el libre tránsito de los vehículos?

POL 1: Pos ora, éste. Qué paremos los coches. Como no.

MARIDO: ¡No tienen sentimientos!

POL 2. (Severo) No se propase. Eso de los sentimientos ya es asunto personal.

VOZ DE LA MUJER: ¡Viejo!

MARIDO: ¡Ya voy, mamacita, ya voy! (Sale corriendo)

POL 1: Cuando nació mi segúndo, ya me iba yo a llevar a la vieja al hospital y que me hablan unos vecinos: le habían caído a un tipo llevándose el radio y la licuadora. Lo llevé, lo consignamos, nos echamos un trago, volví: mi vieja se esperó rebien. Y yo no andaba de payaso, que paren el coche y a ver el teléfono y esas cosas.

POL 2: De a tiro son payasadas.

Entra la MUJER, apoyada en el MARIDO

MARIDO: Pero no puede ser, te vas a poner mal, te vas a a... ¿Dónde quieres?

MUJER: (Calmada) Señor, mire, por favor. Préstame tu abrigo, viejo. ¿Qué hay aquí dentro? Pues ni modo. (Desaparece en la caseta)

POL 1: (Alarmado) Oiga señora ¿por qué pone ese abrigo en el suelo?

MUJER: (Reapareciendo) Ustedes van a dispensar. (Se queja un poco)

MARIDO: (Saltando) ¡No, mamá! ¡Se quejó! ¿La oyeron? ¡Se quejó! ¡No puede ser! ¡A ver si pasa un coche! (Sale corriendo)

MUJER: (Muy lento, muy calmada) Pues a ver si pasa, pero si no... (suspira) Ustedes me van a perdonar. (Pequeño quejido) Pues ora sí, les fue a tocar a ustedes. Ni modo, ya estaría de Dios. (Lanza un alarido y se apoya en el Policía 1) ¡Ay, Virgencita chula de Guadalupe, socórreme!

A los policías se les erizan los pelos.

POL 1: Oiga, ¿qué le pasó? ¿Qué fue eso?

MUJER: (Avergonzada) Ay, me van a perdonar, pero siempre grito igual. Qué pena tengo, Dios mío. Si vieran que siempre soy recudadosa, y ya sé cuándo vienen, y todo. Éste iba a ser para mañana.... (Fuerte y sin apuro) ¡Viejoo! ¡Apúrate a conseguir un

coche! Ni me ha de haber oído. Creo que ya se fue hasta la villa. (Los policías horrorizados nada más se ven) Pobre de mi viejito, con el frío que está haciendo. Pues dónde creen que nos fuimos al cine, porque pasaban tres de Pedro Infante. Ay mi Pedrito, tan chulo que era. Cómo lloré con las películas, porque eran reletristes. Bueno, dos, y la otra era muy chistosa, y me reí mucho. Pues dónde pasa a ver que con la emocionada yo creo que se me adelantó. Nos acostamos, y ya como a eso de las doce o la una yo le dije a mi viejo: "*Viejo, párale, porque yo ya estoy viendo que...*" (Alarido horroroso) ¡Aaaaay, madrecita santa!

Los policías ven venir aun coche, corren y brincan, más espantados que el MARIDO.

POL 1 Y 2: ¡Pare, pare desgraciado, hijo de la tiznada, pare que le estamos haciendo señas! ¡Pare!

MUJER: (Calmada) Se fue. Ay, que pena... Y él no quería levantarse.

Vuelven los policías.

MUJER: (Continuando) Pues claro, si hace harto frío. Y me esperé. Como a la hora..... ¿Qué no viene ahí otro co---, ¡ay!, coche? (Lanza el alarido que quería reprimir)

Brincos y saltos de los policías. Fogonazos del coche que pasa de largo.

POLICÍAS: ¡Pare, pare, infeliz! ¡Párese cabrón! ¡Párese! ¡Le vamos a tirar un balazo!
¡Infeliz. párese!

Salen corriendo tras el coche. Se escuchan balazos.

MUJER: (Suspirando) Ay, Dios. Qué barbaridad.

Vuelven los policías.

POL 1: Le disparé a la s llantas y ni con ésas.

POL 2: Pues claro, si no le diste.

POL 1: Pues le hubieras tirado tú, si eres tan bueno.

MUJER: Pero no hagan eso de dispararles: Si te dan en las llantas. ¿cómo van a llevarme luego?

POL 1: Pues no la llevan, pero aprenden.

POL 2: Aguántese tantito. Mano, yo me voy a la villa. Tú te quedas aquí.

POL 1: Ah, qué caray. A mí no me dejas solo. Donde vaya pasando mientras, yo que hago.

La MUJER lanza un alarido breve y muy fuerte. Ellos se abrazan.

MUJER: (Fatalista) Ahora sí. Ya. Ni modo. Ay, el abrigo de mi viejo, que está nuevecito. Ni modo. Me van a perdonar....

Entra en la caseta. Ellos la ven hacer con ojos desorbitados. Alarido horroroso. empiezan a correr dando de gritos.

POL 1: ¡Un coche, un coche, búscate un coche!

POL 2: ¿A qué hora pasa la patrulla?

POL 1: ¡Sepa la fregada! (Se detiene) ¡Se han de estar emborrachando en algún lado!

POL 2: ¡Qué poca responsabilidad! (Se detiene) ¡Párale, fregao, párale! (Hace señas)

POL 1: ¿A quién le gritas? No viene nada.

POL 2: ¡Allá viene un camión!

POL 1: ¡Hay que pararlo!

POL 2: ¡Gritale, gritale!

POL 1: (gritando) ¡Tírale un balazo!

POL 2: (gritando) ¡Párese ahí, pelao!

POL 1: (Observando) Pero no viene por la carretera. Viene despacio.

POL 2: ¡Viene para acá!

Pausa.

POL 1: Es una luz muy chica.

POL 2: ¡Párese o disparo!

Vuelve a entrar el LECHERO en su bicicleta, frena, alza las manos.

LECH: (Alterado) ¡No traigo dinero, jefe! ¡Apenas voy a empezar el reparto!

POL 1: ¿Pues no le estoy diciendo? ¿Qué no ve?

POL 2: ¿Qué me está diciendo?

POL 1: Que no es un camión, es una pinche bicicleta.

LECH: Sin insultar, joven. Asáltenme si quieren, nomás no insulten.

POL 2: ¿Y ora este guey? ¿Quién lo está asaltando?

LECH: (Baja las manos) Pues usted, ¿por qué me apunta?

POL 1: ¿Qué tal si de veras lo asaltamos, para que se le quite?

LECH: Nomás porque uno es humilde. Había de dejar esa pistola y quitarse el uniforme, a ver si era tan sabrosa. Ándele, y a ver como nos toca.

Alarido de la MUJER. Los policías tragan saliva.

LECH: (Espantado) ¿Y eso qué fue?

Los policías se acercan a la caseta con cautela. Otro grito, peor que el anterior.

LECH: ¡A poco están matando a esa vieja!

Otro alarido, peor. El Lechero sale pedaleando.

LECH: ¡Policía, socorro, policía!

Salió, Otro alarido que cesa de golpe. Gemidos de la MUJER. A los policías les tiemblan las piernas. El 2 se asoma por la caseta. Vuelve tembloroso.

POL 2: Ora sí. Ya.

POL 1: ¿Ora sí? (Entendiendo) ¡Ora sí! (Se quita la gorra, da vueltas) ¡Haga algo, no se quede ahí parado! ¡Vamos con la señora!

Van a ir. El segundo se para.

POL 2: ¿Y como con las manotas puercas? ¡Echa acá el tequila!

Sacan la botella. Antes de lavarse las manos con la bebida vacilan un segundo. Lástima, pero no hay remedio. Se lavan. Desaparecen tras la caseta

Aparece temblando el POL 1 Quema con un cerillo la hoja de una navaja de bolsillo. La lava con tequila. Se persigna. Se mete a la garita.

Aparece el POL 2. Ilorando. Se quita las ligas de un calcetín. Las lava con tequila. Se mete en la caseta.

Pausa. Se oye el llanto de un niño. Un frenazo de carro. Pausa. Entran cautelosamente los dos PATRULLEROS. Ven en torno.

PATRULLERO 1: Que aquí estaba la muerta, dizque.

PATRULLERO 2: Eso dijo el lechero. Que aquí la estaban matando.

PATRULLERO 1: Yo creo que estaban grifos. Siempre se me afiguró que los de esta caseta le hacian a la mota.

PAT 2: Dizque a él también querían darle sus balazos.

PAT 1: Listo con la pistola.

VOZ POL 2: (Desde dentro, grita extasiado) ¡Es machito!

VOZ POL 1: Mira mano, (se asoma) ya llegó la patrulla.

VOZ POL 2: (A la señora) Usté no se vaya a mover.

VOZ MUJER: Ay, virgencita. Ay, señor qué agradecida estoy. A ver su capote, ay que abrigarlo bien.

PAT 1: (Fuerte) ¿Qué pasó aquí?

POL 1: Mire nomás a que horas llegan, vengan a ver.

El niño llora. Todos se acercan a ver; entra el MARIDO corriendo.

MARIDO: ¡Señor, señor, por favor! ¡Hay que llevar a mi mujer al hospital! ¡Hay que llevarla! ¡Mi mujer va a tener un hijo! (Se queda oyendo) ¡No! ¡No! (Se arrodilla junto a la caseta.) ¡Mamacita, cómo estás! ¡Cómo estás! ¡Cómo estás, viejita!

MUJER: Ay viejito, qué pena con los señores. ¿No pasas a creer que me atendieron rebien?

POL 2: (Con orgullo) ¡Fue machito!

El marido toma al niño. Se pone a llorar.

POL 2: (Condescendiente) No hay que chillar. Hay que ser machos.

MARIDO: No, señor, es que hay veces...

MUJER: (Asomando la cabeza) A ver si estos señores quieren ser los padrinos.

POL 1: ¡Pues claro que sí!

POL 2: ¡Nos cansamos!

PAT 1: (Entusiasmado) ¡Un trago por el ahijado!

POL 2: (Ve la botella) Mira nomás, ahí se nos fue toda la botella.

PAT 2: No le aunque, éste trae habanero.

PAT 1: Y tú traes mezcal, no te hagas.

Los patrulleros sacan las botellas de las bolsas. Todos beben entre carcajadas y palmadas.

PAT 1: Ora si me resultaron parteros.

POL 2: Pues ahí nomás. Sin presumir.

PAT 2: Qué paso, mis parteros.

POL 1: Échese un trago por su hijo.

MUJER: Si yo no bebo.

POL 2: Ándele comadre.

MUJER: Pues muy poquito, señor. Por el apuro. (bebe)

TODOS: ¡Salú! ¡Salucita! (Beben y se pasan las botellas)

MUJER: Y si quisieran llevarme hasta mi casa... Porque yo creo que ya no hace falta el hospital. ¿verdad, viejo?

MARIDO: Como usted quiera, viejita.

PAT 1: A donde usted quiera la llevamos.

PAT 2: Véngase con cuidado.

POL 1: Envuélvase bien con el abrigo.

La cubren, la sacan entre todos. El papá lleva al niño. Van saliendo con ella cuando entra el LECHERO.

LECHERO: ¡Jijo, jijole! (Admirando el espectáculo) ¿Está muerta? ¿La salvaron?

Salen todos, se regresan los patrulleros.

LECHERO: Le dieron de cuchilladas, ¿verdad?

PAT 1: (Profesional) Ven para acá, cuale. ¿Qué vienes a curiosear?

LECH: ¿Yo?

PAT 1: ¿Cómo estaba eso de que una vieja degollada y que qué?

LECH: Pues si aquí estaba dando de gritos.

PAT 1: Jálele. Ora.

LECH: ¿Yo por qué?

PAT 1 ¿Por qué anda engañando a la autoridad?

PAT 2: Eso mero. Difamación y calumnias. Jálele.

LECH: (Desconcertado) ¡No la frieguen!

PAT 2: Bueno, ¿cuánto traís?

LECH: Pues si apenas empiezo. (Sacando todo de las bolsas)

PAT 1: (Desdeñoso) ¡Doce pesos!

LECH: ¡No traigo más, a lo macho!

PAT 2: Bueno, ya déjalo.

PAT 1: Más cuidado para otra vez, ¿eh?

Salen los PATRULLEROS.

LECH: Ya estaba de Dios.

La patrulla se va. El LECHERO va a montar su bicicleta, cuando entra el POL 2.

POL 2: (Profesional) ¿Dónde vas?

LECH: ¿Y ora qué?

POL 2: Venga para acá. Ándale.

El LECHERO se acerca renuente.

LECH: ¿Usted también? Si ya me quitaron todo lo que traía.

POL 2: (Sacando la botella) Échese un trago conmigo.

LECH: (Suspira con alivio, mueve la cabeza negativamente. Duda) Pues ándele. Para la bilis. (Bebe)

POL 2: Un machito. (Sonríe, mueve la cabeza)

Cae el:

TELÓN

5.2.8 Desarrollo individual.

El desarrollo y avances de los pacientes es relativo, y no podemos valorar a cada uno por igual, mientras que en algún caso pudimos registrar grandes mejorías, en otros los avances son menos visibles, e incluso pueden no ser registrables, ya que dependen de algunos factores externos, como lo veremos en alguno de los casos particulares. A todos los pacientes se les impulsó y se les alentó a permanecer en el taller, tanto de forma verbal, como con lo que el área psiquiátrica se conoce como reforzadores, los cuales consisten en un aliciente material como pueden ser dulces, cigarrillos, café, etc. y se repartían al término de cada sesión, los pacientes que una vez iniciado el taller lo abandonaron, lo hicieron por su propia voluntad. En la mayor parte de los casos se requería que antes de cada sesión se buscara a los pacientes en su Unidad Terapéutica (pabellón), esto debido a que, en el encierro y por causas particulares de su enfermedad, han perdido noción del tiempo.

En el presente inciso se registran los datos más relevantes de cada paciente durante el desarrollo del taller, así como su valoración final.

Alfredo P.

Este paciente presentó irregularidad en su asistencia, y se presentaba tarde, por lo cual su desarrollo y avance fueron escasos, pero siempre que se integró al trabajo grupal lo hizo con entusiasmo, no así en los trabajos físicos. Los resultados más claros fueron en el ámbito social, en donde se desarrolló mejor hacia el final. Antes de que abandonara el taller su respiración era más profunda.

y su voz mas fuerte. El avance en el área de la relajación y concentración fue escasa, aunque lograba completar los ejercicios con menor dispersión.

Bernardo A.

Se integró hasta la sexta sesión, lo cual repercutió en la integración con el grupo. Al principio mostró buena disposición, sin embargo, al final parecía más interesado por los reforzadores que por el taller, del que buscaba con frecuencia algún pretexto para salir. Los avances en él registrados son principalmente en la relajación, lograba retirar las tensiones de su cuerpo; en la respiración lo hacía profundamente y en la voz logró mejorar el volumen y prolongar las emisiones, en dicción también logró avances; a pesar de que continuamente se desconcentraba. Abandonó el taller después de las primeras sesiones con pantomima, donde no pudo integrarse al trabajo por miedo.

Federico R.

Nunca logró adaptarse por completo al trabajo grupal, se distraía frecuentemente y no realizaba los ejercicios señalados. Continúa se mofaba de los compañeros y de los ejercicios, no le gustaba realizar el ejercicio físico. Abandonó el taller a la décima sesión. No se notó avance.

Gustavo M.

A pesar de que se presentó hasta la tercer sesión, se integró rápidamente a la dinámica de trabajo. Constantemente perdía la noción del tiempo y siempre había que buscarle en su pabellón, pero a partir de su inserción no tuvo ninguna falta. En un principio tuvo dificultades para entender las instrucciones, para seguir los ejercicios físicos, los que realizaba, una vez comprendidos con mucha energía y

ánimo. Siempre se mostró entusiasmado y el progreso en él fue constante y en todos los ámbitos. Al finalizar el taller su voz era mucho más clara y profunda, al igual que su dicción, camina más relajado, dentro y fuera del taller, se notó mayor fuerza muscular y llegó más lejos en los ejercicios de elasticidad, su relación con los compañeros del hospital es más estrecha, ha desarrollado su creatividad al tiempo en que ha controlado sus alucinaciones e ideas delirantes. Al finalizar el taller lograba concentrarse en casi todo, mostrando algunos retrocesos cuando se sentía nervioso. En la presentación de la obra se mostró muy seguro, logró controlar su nerviosismo, y al mismo tiempo improvisó en un momento en que algunas cosas ocurrieron distinto que como en los ensayos sin que esto representara un problema mayor.

Luis F.

Este paciente se presentó a todas las sesiones. Mostraba entusiasmo, sin embargo siempre había que buscarle en su pabellón. En un comienzo se mostraba muy desconfiado, ante el grupo y el trabajo, pero esta circunstancia fue desapareciendo con el transcurso de las sesiones. Le costaba trabajo comprender las instrucciones, sin embargo si se le ejemplificaba, las podía realizar y lo hacía lo mejor que podía. Este paciente logró grandes mejorías en todos los aspectos. En la expresión verbal logró emitir una voz más clara, aunque no del todo fuerte, pero sí audible, en la representación con público logró que se le oyera en toda la sala. En el ejercicio físico logró estirarse más. En la relajación logró avances muy amplios, se concentraba más y se le veía más contento y menos tenso corporalmente. La angustia se redujo. Se sentía menos agredido al contacto

físico. Su creatividad se desarrolló y lograba improvisar más propositivamente. Fuera del taller se notó que las relaciones con sus compañeros eran mucho más fuertes, de un estado de auto aislamiento pasó a tener amigos y se rodeó de mucha gente.

Octavio A.

Comenzó el taller con mucha apatía hacia ciertos ejercicios, principalmente a los ejercicios físicos, a la integración con el grupo y a los ejercicios de concentración. Sin embargo se mostró muy interesado en los ejercicios de pantomima y en los que no se usaba mucho la expresión verbal. Los avances más notorios los tuvo en la expresión verbal y la respiración, que llegó a ser menos entrecortada y más profunda. Cuando comenzaron los ensayos se notó más participativo, mejoró su dicción y aumentó su seguridad, disminuyendo su angustia. Su concentración aumentó y logró mantenerse en los ejercicios de relajación, lo que se notó en la posición de su espalda y sus hombros.

Tomás E.

Este paciente se mostró renuente ante los ejercicios físicos, de respiración y de concentración, procuraba hacerlos sólo cuando estaba siendo observado. Sin embargo al finalizar el taller lograba relajarse más, a pesar de haber cruzado por un cuadro de nerviosismo, que lo llevó a interesarse más por los ejercicios de relajación. A pesar de que su estado inicial de expresión verbal era bueno, no tuvo avances de importancia en este rubro. En la función, su voz era la más audible y clara. Los tics menguaron en frecuencia e intensidad.

6 Conclusiones

1) Podemos comenzar por decir que, a lo largo de la presente tesis, se ha demostrado que el arte del teatro ha servido desde sus inicios a la humanidad, cumpliendo con ciertas funciones, consciente o inconscientemente. El teatro ha ayudado al hombre en diversas tareas. Más allá de lo material el teatro le ha ayudado a comprender mejor el cosmos y su lugar en él, dándole un sentido a su existencia, le ha servido para olvidar la rutina mundana y trivial de su vida, proporcionándole ilusiones y emociones que no siempre le han sido permitidas expresar por la sociedad, como la risa, el llanto, el enojo, etc., le ha ayudado a transmitir grandes y pequeñas ideas a sus congéneres, ha reflejado el sentir de los pueblos a través de los siglos, así como ha ayudado a resolver grandes conquistas intelectuales, espirituales y culturales. El teatro ha tenido más de una función para el ser humano.

2) Otra de esas funciones ha sido la curativa, la cual se ha desarrollado principalmente desde los comienzos del siglo XX. Hemos visto que a la presente fecha existe una amplia diversidad de técnicas teatrales aplicadas a la curación, rehabilitación y reeducación de personas con discapacidades y enfermedades mentales o físicas. Terapias, que van desde el psicodrama hasta el *Drama therapy*, con una gran variedad de recursos y elementos, tomados en su mayor parte de las técnicas empleadas en el teatro para la preparación actoral, así como las propias de la actuación sobre la escena o la improvisación. Si bien, como hemos visto, estas técnicas se enfocan a ciertos problemas físicos, emocionales o psicológico, no abarcan la totalidad de la acción integradora requerida para la reinserción de pacientes psiquiátricos, que

como se ha visto en los capítulos anteriores, requieren de un conglomerado bastísimo de elementos que le ayuden para lograr una integración total, primero desde un nivel personal, y en segundo, ante la sociedad de donde ha sido expulsado por no cumplir con los prerequisites necesarios para adscribirse al sistema económico.

3) Hemos visto también, que en el teatro se trabaja en conjunto con varios elementos que son indispensables para la profesionalización de los actores de teatro, pero que se pueden aplicar a la rehabilitación del paciente psiquiátrico, como lo son la relajación, la concentración, la motricidad y la expresión verbal, así como otros elementos psicológicos implícitos en el trabajo actoral, como lo es la rehabilitación del discurso propio; así mismo, funcionan como un sistema que, en conjunto, sirve para mejorar su calidad de vida, posibilitando, como hemos dicho, su reinserción en la sociedad.

4) Las técnicas de relajación empleadas por el teatro, aplicadas al paciente psiquiátrico, le habilitan para mejorar su vida, tanto desde una perspectiva psicológica como fisiológica, ayudándole a eliminar tensiones físicas y emocionales, lo que le permite desarrollar mejor cualquier actividad, pero sobre todo, si esto se lleva a una práctica regular, le puede ayudar a eliminar parcial o totalmente la angustia, y al ser ésta un pilar fundamental de su enfermedad, con ella una parte importante de sus problemas emocionales y psicológicos, todo esto le permite desenvolverse mejor en la sociedad.

5) El teatro requiere de la completa concentración de la atención y los sentidos del actor sobre su trabajo; los mecanismos empleados para desarrollar esta cualidad son un auxiliar de gran eficacia para combatir las

deficiencias de atención y sensopercepción que el paciente psiquiátrico sufre a causa de sus desórdenes mentales y emocionales. Se demostró que después de un periodo de trabajo, utilizando algunos de los mecanismos utilizados en la enseñanza actoral para este fin, el paciente fue capaz de mantener su atención, ya no focalizada en su angustia y problemática, sino sobre las circunstancias inmediatas, lo que le lleva a mejorar su desempeño en cualquier actividad de la vida; sea cotidiana como el trabajo, el autocuidado, etc., o extracotidiana, como las terapias que le ayudarán a seguir mejorando su condición.

6) Al requerirse de un esfuerzo físico para desarrollar cualquier clase de personajes, dentro de la pedagogía teatral se han desarrollado técnicas de entrenamiento físico para que los actores puedan mantener su cuerpo con una condición adecuada para este trabajo. Como se vio en capítulos anteriores, el paciente psiquiátrico, ya sea por el encierro o por características propias de su sintomatología, carece de una condición física saludable, lo que le imposibilita, muchas veces, para realizar trabajos que requieran de un esfuerzo físico continuo y demerita en su calidad de vida. Al aplicar en los pacientes el mismo entrenamiento físico que se aplica a los actores, se demostró que el paciente incrementó su condición física, que se traduce en un mejor desempeño en las actividades que implican un esfuerzo físico, e incrementan sus capacidades cardíacas y pulmonares. Todo esto lleva al paciente a sentirse mejor, a gozar de una mayor salud, que además de repercutir en su estado de ánimo y, dependiendo de la sintomatología específica de los pacientes, puede ayudar directamente a liberar problemas de su enfermedad.

7) Otro factor de crucial importancia en el teatro es la expresión verbal, la que repercute en el actor en varios sentidos, tanto en la respiración, como en la fuerza muscular y la relajación. Ha quedado manifiesto que al aplicar una metodología de este ramo, sobre el paciente psiquiátrico crónico, no sólo se le impulsa a mejorar la calidad fónica de su mensaje oral, sino que se le ayuda a que su voz tenga presencia al hacerla audible, pero sobre todo se le impulsa a establecer una continua y mejor comunicación con sus semejantes, dentro y fuera del hospital, estableciendo así nuevas y mejores relaciones interpersonales.

8) Ha quedado demostrado también, que al subir al escenario, el paciente psiquiátrico refuerza su estructura mental en algunas de las áreas en que ha sido dañada. En primer plano, al ser reconocido como parte de la misma sociedad que le ha rechazado, aceptando verle en escena, admirando su esfuerzo y gratificándole con sus aplausos. Al tiempo en que, en un segundo plano, encuentra en la obra de la cual es parte, una sucesión lógica de hechos y discursos en donde se haya, como en la vida cotidiana, una clara y coherente correspondencia entre la acción y la palabra, ya que el teatro contiene esa secuencia significativa que en su estructura mental el paciente ha perdido y que además le devuelven la ilación y la autoría de su discurso. El teatro funciona como un puente entre la realidad y la fantasía psicótica, atrayendo al paciente para que lo cruce, establece una relación de equilibrio con la otredad bajo la premisa de que *"Yo no soy este personaje, por tanto no debo actuar como él, tampoco soy éste ni aquél. Yo soy éste otro personaje, cuyo nombre es... y cuyo comportamiento es..., entonces Yo me llamo... y mi*

comportamiento debe ser..." Al hacer esto, los pacientes han encontrado por primera vez un continente, tanto corpóreo, como psicológico en los planos de la acción y la palabra, para la ambigüedad que ha causado su angustia y por medio de ésta, su enfermedad.

9) Se puede deducir entonces, que algunas de las técnicas empleadas por el teatro en la profesionalización de los actores, en particular las que refieren a la relajación, concentración, motricidad y expresión verbal, así como las requeridas para el montaje y posterior representación de alguna obra de teatro escogida para este fin, aplicadas sobre el paciente psiquiátrico crónico, si se trabajan adecuándolas a las enfermedades específicas como las esquizofrenias, la psicosis maniacodepresiva y síndromes orgánicos y de la personalidad, son un auxiliar verdaderamente eficaz para su reintegración psicológica devolviéndole mucho de lo que la sociedad, el encierro y su enfermedad le han quitado, como un discurso propio y sólido, su individualidad, la confianza en sí mismo y la ilación de pensamientos y facilitan su posible reinserción en la sociedad y el sistema de trabajo que la sustenta al ayudarlo a recuperar algunas de las aptitudes físicas requeridas para ello como la expresión verbal, la fuerza y el tono muscular. Tal vez el momento en el que se observó con mayor claridad, a manera de resumen, fue el montaje. Como se pudo apreciar en el capítulo V, los pacientes, al subirse al escenario para representar sus personajes frente a una audiencia que probablemente rebasara los doscientos miembros, presentaron una importante disminución en la sintomatología particular, cada uno de los pacientes supo controlar los nervios producidos por la función y no sólo lograron llevar a cabo lo requerido

dentro del taller, los ensayos y la obra misma, sino que inclusive algunos de ellos fueron capaces de improvisar ante imprevistos durante la presentación, resolviéndolos de propia cuenta y de la mejor forma posible, como lo haría un actor profesional.

Entonces podemos concluir finalmente que el teatro puede ser utilizado como una herramienta auxiliar de gran eficacia en la rehabilitación del paciente psiquiátrico crónico.

Bibliografía

- ARTAUD, Antonin. *El teatro y su doble*. Sudamericana, Buenos Aires, 1971
- BATY, Gastón, et al. *El arte teatral*, FCE, México, 1992.
- BENTLEY, Eric. *La vida del drama*, Paidós, México, 1992
- BOUR, Pierre. *El psicodrama y la vida*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1977
- BRAUNSTEIN, Nestor, et. al. *Psicología: ideología y ciencia*, Siglo XXI, México, 1984
- BRAUNSTEIN, Néstor. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis, siglo XXI*, México, 1999
- BROOK, Peter. *El espacio vacío*, Península, Barcelona, 1997
- CAILLOIS, Roger. *El hombre y lo sagrado*, FCE, México, 1996
- CARBALLIDO, Emilio. *D.F. 26 obras en un acto*. Grijalbo, México, 1979
- COLODRÓN, Antonio. *Las esquizofrenias*, siglo XXI, Madrid, 1990
- DORSCH, Friedrich, dir. *Diccionario de psicología*, Herder, Barcelona, 1994
- DUVIGNAUD, Jean. *Espectáculo y sociedad*, Tiempo Nuevo, Caracas, 1970
- ERASMO. *Elogio de la locura*, Editorial Mediterráneo, Madrid, 1973.
- ESPINOSA LEY, Pricila Sarai *El teatro como instrumento terapéutico en las escuelas de educación especial*, TESINA, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Literatura Dramática y Teatro, México, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. FCE, México, 1998
- GARIBAY, Ángel María. *Historia de la literatura náhuatl*, Porrúa, México, 1987
- GOFFMAN, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 1970
- GOLWARTZ, Sergio. *La máscara de la risa*, Costa Amic, México, 1963
- HARTNOLL, Phillis. *A concise history of the theatre*. Thames and Hudson, London
- KNEBEL, María. *Poética de la pedagogía teatral*, Siglo XXI, México, 1991

- KONONOVICH, Bernardo. *Psicodrama comunitario con psicóticos*, Amorrortu, Buenos Aires, 1984
- KRAPF, Eduardo. *Angustia, tensión, relajación*, Paidós, Buenos Aires, 1952
- LACAN, Jaques. *El seminario. El reverso del psicoanálisis*, Paidós, México, 1999, vol. 17
- LARROYO, Francisco. *Diccionario Porrúa de Pedagogía y ciencias de la educación*, Porrúa, México, 1982.
- LEVETON, Eva. *A clinician's guide to psychodrama*, Springer Publishing, Canada, 2001
- LOTTI, Nadia. *Il rituale nel PlayBack Theatre*, Italia, 1998, inédito.
- MACGOWAN, Keneth, et. al. *Las edades de oro del teatro*, FCE, México, 1964
- MARINIS, Marco De. *El nuevo teatro*, Paidós, Barcelona, 1988
- MARTINI, Claudio. *El fin del manicomio*, Nueva sociología, México, 1983
- MERLÍN, Socorro, et al. *Teatro para la educación especial*, INBA, México, 1987 (TEATRO)
- MICHEL, Alfredo. *El teatro norteamericano*, Instituto Mora, México 1993
- MORENO, J. Levi. *Psicodrama*, Lumen, Buenos Aires, 1993
- NOVO, Salvador. *Un año hace ciento*, Porrúa, México, 1973
- PICHAT, Pierre, coord. *DSM IV, Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Mason, México, 1995.
- ROJAS GARCIDUEÑAS, José. *El primer siglo de teatro en México*, en *Las artes de México*, n. 123, *El teatro de México*, México, 1968
- RUIZ, Marcela y MONROY, Fidel. *Desarrollo profesional de la voz*, GEG, México, 1993 (Escenología, 19).
- SAN AGUSTÍN. *Las confesiones*. Porrúa, México, 1995
- SEMPE, Jean- Claude et al. *El psicoanálisis*. Granica, Buenos Aires, 1974
- STANISLAVSKI, Constantin. *Un actor se prepara*, Diana, México, 1990.

- STEN, María, coord. *El teatro franciscano en la Nueva España*, UNAM – FONCA, México, 2000
- STEN, María. *Vida y muerte del teatro náhuatl El Olimpo sin Prometeo*, SEP, México, 1974 (SEP setentas, 120)
- SUE, David et al. *Comportamiento anormal*. McGrawHill, México, 1995
- SUTHERN, Richard. *The seven ages of theatre*. Hill and Wang, New York, 1963
- USIGLI, Rodolfo. *Teatro completo. Escritos sobre la historia del teatro en México*, FCE, México, 1996, vol. IV (Letras Mexicanas)
- WRIGHT, Eduard. *Para comprender el teatro actual*, FCE, México, 1997