

Un arcoiris de formas democráticas del lenguaje teatral en hospitales psiquiátricos: desde Augusto Boal al Programa de Pre-Alta del Hospital “José T. Borda”

Sabrina Califano¹

Natalia Perrotti²

Vanesa Romualdo³

Cristian Emiliano Valenzuela Issac⁴

Resumen:

En esta ocasión propondremos desplegar las características de las prácticas teatrales de Augusto Boal en sus experiencias en dos hospitales psiquiátricos franceses: el hospital psiquiátrico de Sartrouville, y el hospital psiquiátrico de Fleury-les-Aubrais. Partiendo de un trabajo interdisciplinario de análisis, abordaremos dichas prácticas -en tanto representaciones discursivas- desde una perspectiva estética y psicológica basada en una apuesta ideológica social y política. En primer lugar, desarrollaremos los elementos clave de la teoría teatral de Augusto Boal, en la cual se insertan las reflexiones de su obra El Arcoiris del deseo como una praxis artística puntal, tanto ideológica como terapéutica. En segundo lugar, relataremos ambas experiencias teatrales en hospitales psiquiátricos, y destacaremos las concepciones de sujeto político y de sujeto de derecho que subyacen a estas prácticas, las cuales expresan tópicos comunes a la declaración de Derechos Humanos. En última instancia, extrapolaremos la experiencia de Boal a nuestra realidad argentina, y manifestaremos una propuesta de acción ligada a las experiencias teatrales concretas que se realizan en el Programa de Pre-Alta del Servicio 59 del Hospital “José T. Borda” (CABA).

¹ Estudiante de Artes Dramáticas, Instituto Universitario Nacional de Artes.

² Estudiante de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

³ Estudiante de Sociología, Universidad de Buenos Aires.

⁴ Estudiante de Filosofía, Universidad de Buenos Aires.

Un arcoiris de formas democráticas del lenguaje teatral en hospitales psiquiátricos: desde Augusto Boal al Programa de Pre-Alta del Hospital “José T. Borda”

Introducción

En esta ocasión propondremos desplegar las características de las prácticas teatrales de Augusto Boal en sus experiencias en dos hospitales psiquiátricos franceses: el hospital psiquiátrico de Sartrouville, y el hospital psiquiátrico de Fleury-les-Aubrais. Partiendo de un trabajo interdisciplinario de análisis, abordaremos dichas prácticas -en tanto representaciones discursivas- desde una perspectiva estética y psicológica basada en una apuesta ideológica social y política.

Desarrollaremos (i) los elementos clave de la teoría teatral de Augusto Boal, (ii) dos perspectivas sociológicas de sujetos en condiciones de opresión: la de Erving Goffman en su libro *Internados* y la de Michel Foucault en *Los Anormales*, (iii) el contexto histórico de las experiencias desinstitucionalizadoras en salud mental de Francia y Argentina, y (iv) manifestaremos una propuesta de acción terapéutico teatral en un marco de derechos humanos para el Programa de Pre-Alta (PPA) del Servicio 59 del Hospital “José T. Borda” (CABA).

El lenguaje teatral como representación discursiva

Puede entenderse al teatro como una representación discursiva compuesta por diversos signos que, según Kowsan, “se complementan, se refuerzan, se perfilan mutuamente o bien se contradicen” (1997).

El autor citado anteriormente también expresa que existen signos naturales y signos artificiales: los primeros comprenden principalmente los signos de la naturaleza y las acciones de los seres vivos no destinadas a transmitir un significado, los segundos son creados por el hombre o por el animal voluntariamente; y la diferencia entre ambos consiste en la emisión. Todos los signos del lenguaje teatral pertenecen a la categoría de los artificiales, ya que tienen como fin la comunicación, se crean con premeditación y resultan de un proceso voluntario. La palabra es uno de dichos signos, la cual sin acción o contenido emocional, no significa nada en escena, está vacía. El cuerpo vocal, sin el cuerpo físico, no tiene presencia, se desdibuja, se confunde. Por ello es imprescindible utilizar el cuerpo físico como instrumento expresivo mediante los signos del gesto, la mímica del rostro y el movimiento.

Según Augusto Boal, el teatro es un lenguaje no idiomático que le ofrece a la persona que lo domina una nueva forma de conocer la realidad y de transmitir ese conocimiento a los demás. Es un lenguaje que puede ser transitado por cualquier persona, tenga o no aptitudes artísticas.

Es a través de éste que los oprimidos pueden expresarse y descubrir nuevos contenidos. De alguna manera, todos somos oprimidos: existen opresores concretos externos al sujeto y opresores internos: emociones, sensaciones y pensamientos: en definitiva, “polis en la cabeza”.

El *teatro del oprimido* de Boal surge como instrumento de liberación, como herramienta al servicio del pueblo para analizar problemas, encontrar soluciones y transformar nuestro presente para la construcción de un futuro; una herramienta para desarrollar en todos la capacidad de expresarse a través del teatro. Es un teatro político que no pretende dar a los oprimidos mensajes sobre lo que se debe o no hacer, sino que es un teatro en el que intervienen tanto actores y actrices, como no actores y no actrices: toda la comunidad, todos los seres humanos, somos actores. “El teatro oprimido se libera. Y otra vez se adueña del teatro. Hay que derrumbar muros. Primero, el espectador vuelve a actuar [*espectador que se convierte en spect-actor*:] el espectador liberado, un hombre íntegro, se lanza a una acción. No importa que sea ficticia; ¡importa que es una acción!”(Boal, 1974). Crea espacios de libertad donde la gente puede dar riendas sueltas a sus recuerdos, emociones, imaginación.

Dentro del *teatro del oprimido* existen varias formas o técnicas:

Dramaturgia simultánea: se presenta una obra con un problema a resolver (conflicto teatral) y se desarrolla hasta el momento en el que el protagonista tiene que encontrar una solución; entonces se detienen la obra y se le pregunta a los espectadores qué hacer. Estos expresan sus opiniones, y los actores las improvisan. Esta forma se utilizó hasta que, en uno de los encuentros, los actores improvisaron varias veces la propuesta de una espectadora sin poder actuar la solución que ella expresaba, y entonces se le pidió que ella misma subiera al escenario y actuara lo que intentaba decirles. Ella subió a escena y mostró su realidad con una vivencia arrolladora. Entonces, Boal se dio cuenta de que “cuando un espectador sube al escenario y actúa la escena que se había imaginado, lo hará de una manera personal, única e inimitable, como sólo él puede hacerlo, y ningún artista en su lugar. Cuando es el espect-actor mismo quien sube a escena a mostrar su realidad y transformarla a su antojo, vuelve a su sitio cambiado, porque el acto de transformar es transformador.”(Boal, 2004: 19)

De lo anterior surgió ***teatro foro***: el foro o debate es el espectáculo. El efecto de éste es el aprendizaje de los mecanismos por los cuales se produce una situación opresiva, el descubrimiento de las tácticas y estrategias para evitarlas, y el ensayo de estas prácticas. Es un teatro pedagógico del cual todos aprendemos. Su desarrollo es el siguiente: hay una escena con una imagen del conflicto que se desea resolver, con la cual los espect-actores comienzan a ensayar cambios. Los actores la llevan a cabo tratando de mantenerla como es, a menos que un espectador cambie la situación. El espectador que desee cambiar lo que está sucediendo detiene la escena diciendo “alto” y reemplaza al protagonista llevando a cabo las acciones que le parezcan pertinentes hasta que se le agoten o se rinda. En ese caso, vuelve el actor y la obra sigue hasta su final conocido. Ésta puede ser detenida cuántas veces sea por los espect-actores. Luego de cada intervención, el animador hace preguntas para aclarar las propuestas, los pensamientos y las opiniones. Los actores continúan como egos auxiliares. Dentro de ***teatro foro*** se encuentra el ***teatro imagen***, que es aquél en el cual los espect-actores intervienen a través de imágenes hechas con el cuerpo de los actores, modificándolas.

En otra etapa, Boal comienza a trabajar con las opresiones internas (miedos, incapacidades de comunicación,...) y desarrolla la técnica del ***arco iris del deseo*** que “pretende ayudar a analizar los colores de nuestros deseos y voluntades, para armonizarlos de manera diferente, con otras proposiciones, con otras formas y en otros lienzos más acordes a nuestra felicidad.”

Como ya se expuso anteriormente, todos tenemos la capacidad de actuar. Los actores encuentran a sus personajes en su persona. Estos personajes generalmente son neuróticos, psicóticos, paranoicos o esquizofrénicos de acuerdo al punto de vista médico. De no ser así, no serían “atractivos” para el espectador: en suma, son personajes enfermos. El actor busca en sus profundidades, crea a partir de lo humano. Puede caer en el riesgo de quedar atrapado en estas personalidades enfermas, puede *ponerse* enfermo. Planteado lo anterior, también podríamos inferir lo opuesto: una personalidad enferma puede despertar en sí personajes sanos, con la intención de mezclarlos con su personalidad enferma, por ejemplo, puede reanimar su coraje, y quizá mantenerlo despierto en sí.

A modo de ejemplo, expondremos algunas de las técnicas del ***arco iris del deseo***:

- ***Técnicas prospectivas***: se basan en la utilización del lenguaje de las imágenes, creadas por las mismas personas. A través de éstas, se produce e inventa un vocabulario de manera personal. Al momento de crear una imagen se está creando un vocabulario propio, inventando palabras a las que se

dará la significación que se quiera. Dentro de estas técnicas encontramos: *imagen de las imágenes*, *imagen de la palabra*, *imagen contra imagen*, *imagen caleidoscópica* e *imagen múltiple de la opresión*, entre otras.

- **Técnicas introspectivas:** la *imagen del antagonista* es una de ellas, y se utiliza para estudiar el conflicto entre dos personas o más personas. Otras técnicas introspectivas: *imagen analítica*, *imagen de los polis en la cabeza y sus anticuerpos*, *imagen del poli en la cabeza de los espectadores*, *el arco iris del deseo*, entre otras.

- **Técnicas de extraversión:** son técnicas de ensayo convencional utilizadas para el fin del *teatro del oprimido*. Algunos ejemplos: *¡para y piensa!*, *ensayo analítico de emociones*, *ensayo analítico de estilo*, *romper la opresión*, *somatización*, entre otros.

Los pacientes, ¿sujetos de derecho?

A continuación, describiremos brevemente algunas concepciones presentes en *Internados*, de Erving Goffman, y en *Los Anormales* de Michel Foucault. Las primeras serán útiles para reconocer las características de lo que el autor denomina *instituciones totales* -dentro de las cuales ubica a los hospitales psiquiátricos- y para reflexionar sobre si los internos de dichas instituciones son sujetos de derecho, sujetos políticos, o meros sujetos. Por otro lado, las segundas nos sirven para tomar conciencia del carácter productivo del poder y de los discursos, así como de la alianza médico-jurídica que sustenta dicho funcionamiento.

La tendencia absorbente o totalizadora de las *instituciones totales* está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y el éxodo de los miembros, y tienen un diseño estructural subyacente que es común a todas. A modo ejemplo, y más allá de la clasificación que presenta el autor, podemos destacar instituciones diversas como: hogares de ancianos, cárceles, cuarteles, conventos, hospitales psiquiátricos.

En este tipo de instituciones, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad. La vida se lleva a cabo en compañía de un gran número de otros, y todas las actividades están programadas. Hay una estricta vigilancia que consiste en ver que todos hagan lo que se les ha dicho que hagan. La conversación entre internos y supervisores se restringe a lo relativo de los planes del personal con respecto a los internos. Entre internos y supervisores se establece una relación social forzada.

Como los internos tienen su día programado, también tienen programadas sus necesidades (cuándo comer, dormir y bañarse). Por esta razón, el sentido del *yo*⁵ puede llegar a alienarse. Si la estadía es larga puede darse una *desculturización*, que consiste en un desentrenamiento de la persona que lo incapacitaría para encarar ciertos aspectos en el exterior cuando su estadía en la institución esté cumplida, y una *mutilación del yo*, que da como resultado la docilidad en la conducta de los sujetos. Esta última se caracteriza por:

- 1- La creación de barreras entre el interno y el exterior.
- 2- La programación del rol del individuo. Se los aísla, al principio, de sus conocidos. Además, pierden la capacidad para administrar sus tiempos.
- 3- La “muerte civil”: pierden derechos como el de votar. Sin embargo, tienen derechos de beneficio social e impuestos.
- 4- La pérdida de sus propiedades personales apenas ingresan y se les confiscan periódicamente objetos.
- 5- La pérdida del nombre propio, y reemplazo, en muchos casos, por un número o apodos.
- 6- El ejercicio de actos verbales de sumisión por parte de los internos: decir “señor” a toda autoridad, o incluso los sistemas de apodos.
- 7- La ruptura entre el actor y sus actos. El sujeto ya no decide de manera autónoma.

Por otra parte, se viola la intimidad que el sujeto guarda sobre sí mismo. Durante el proceso de admisión, se recogen los datos concernientes a su pasado, y a su conducta. No sólo el que inspecciona, sino la inspección en sí, invaden la intimidad del individuo. El *yo* pierde fuerza, ya que se ve obligado a obedecer las pautas de conducta de este nuevo marco de interacción. Estas reglas se dan en un sistema autoritario de tipo jerárquico: cualquier miembro del personal tiene derechos para disciplinar a cualquier

⁵ En este caso *yo* hace referencia siempre al *self* goffmaniano, de ninguna manera puede relacionarse con el *yo* freudiano.

interno. La *mortificación del yo* implica una tensión psíquica para el individuo: los internos viven atormentados por la ansiedad de quebrantar reglas, resultando la tensión psíquica de la falta de autodeterminación y dominio sobre el propio mundo.

Por lo demás, el personal piensa que la unión entre los internos puede servir para quebrar los reglamentos, motivo por el cual tratan de impedir la formación de grupos. Así, las tendencias a la solidaridad son escasas.

Al personal que trabaja en este tipo de instituciones se les plantea un dilema: tienen que lograr que los internos obedezcan, pero bajo reglas de respeto y humanidad. A su vez, muchas veces el personal trata de no encariñarse con los internos, pero no lo logra, y los internos muchas veces terminan realizando tareas serviles para ellos. Es por eso que, durante las ceremonias institucionales, se trata de llevar a cabo prácticas que tiendan a cohesionar al grupo internos-personal.

Finalmente, es importante destacar que las instituciones totales producen una clase de egoísmo: el individuo habla mucho de sí mismo, se ocupa mucho de su *yo*. Existe el sentimiento de que estar dentro es tiempo perdido. Sin embargo, muchas veces se preguntan si podrán arreglárselas una vez fuera, ya que allí tendrían una posición diferente de la que tienen dentro, y su posición social al volver al exterior no será la misma que habían tenido antes de ingresar a la institución. Cuando vuelven a la sociedad, se pueden hallar desculturizados y estigmatizados, de manera tal que les costará mucho reinsertarse.

Según Goffman, este tipo de instituciones no tendrían una función rehabilitadora, sino que, por el contrario, lograrían una incapacitación para la vida en libertad y, a su egreso, los internos portarían el estigma de haber pasado por ese lugar.

Alianza entre medicina y derecho

Nuestro trabajo se enmarca, además, en un contexto de alianza entre la medicina y el derecho que sigue vigente hasta hoy, podríamos decir, desde el siglo XIX. “*Un sistema por partida doble, médico y judicial, que se estableció en el s XIX, del que la pericia, con su muy curioso discurso, constituye la pieza central, la pequeña clavija infinitamente débil e infinitamente sólida, que sostiene el conjunto*” (Foucault, 2000: 27). Mediante la frase anterior, Foucault intenta decir que la pericia contemporánea sustituyó la exclusión recíproca del discurso médico y el discurso judicial por un juego de doble calificación médica y judicial que instituye una práctica que organiza el dominio de la perversidad. Si bien el autor pone el foco en lo que hace al delito y al sistema penal, se pueden tomar partes de su desarrollo teórico para el caso de los hospitales psiquiátricos, para observar cómo se da ese lazo entre medicina y derecho en nuestro caso.

Esta alianza médico-judicial del siglo XIX que el autor describe se da porque el derecho necesitó de la medicina, más específicamente de la psiquiatría, para adquirir un status científico, mientras que a la medicina le era útil el derecho para dar solución a los problemas para los cuales no encontraba respuesta y justificar así legalmente sus decisiones. A partir de las pericias, se califica a través de elementos biográficos que funcionan como equivalentes del crimen o, en nuestro caso, podríamos decir de enfermedad y/o locura. Estas calificaciones pueriles (pereza, orgullo, maldad, empecinamiento) permiten el funcionamiento de las nociones médicas en el campo del poder judicial y viceversa, y cuanto más débiles sean en el plano epistemológico, mejor van a funcionar. La sociedad va a responder entonces a la criminalidad patológica (más bien al peligro social) con una red continua de instituciones con dos polos opuestos: judicial y terapéutico dirigidos al individuo peligroso.

Es clave el rol de dos conceptos núcleo de la pericia: “perversidad” (permite amarrar conceptos médicos y jurídicos) e “individuos peligrosos” (que permite justificar la serie de instituciones destinadas a su rehabilitación). Estos conceptos organizan un discurso alrededor del miedo que busca detectar el peligro social y oponerse a él. La pericia apunta hacia “los anormales”, a graduar los sujetos según su nivel de anormalidad. No tiene que ver con el poder médico o judicial, sino con el poder de normalización. Busca constituirse como instancia de control del anormal.

Dos experiencias liberadoras de Augusto Boal en hospitales psiquiátricos franceses

Las técnicas del arco iris del deseo se han ido desarrollando a partir de las necesidades de las personas que se acercaron a trabajar con Boal. Hasta la edición de su libro *El Arco Iris del deseo. Del teatro*

experimental a la terapia continuaba estudiando técnicas para utilizar provechosamente en sus sesiones de teatro.

Aquí el autor nos cuenta su experiencia en dos hospitales psiquiátricos franceses. Más precisamente en Fleury-les-Aubrais, en el distrito de Orléans; y en Sartrouville, en el departamento de Yvelines.

A pesar de los prejuicios y los miedos del autor con respecto a la salud mental, y de no haber trabajado nunca con pacientes psiquiátricos, las experiencias realizadas fueron más que favorables, justamente por lo pedagógicas. Comprendió que, desde el momento en que le habían comentado que eran “portadores de deficiencias”, los consideró como tales y cualquier persona que se le presentara- incluso el director de la clínica y varios profesores de la clínica- le parecería extraña, lúgubre, loca.

En la experiencia, la terapeuta comenzó la sesión preguntándoles qué querían hacer, ante lo cual los pacientes respondieron que no querían hacer nada, entonces les dijo que trabajarían la “nada” en dos grupos: uno de varones y otro de mujeres. Boal condujo la sesión del grupo de varones. Les propuso mostrar esa nada, y hacer nada no era lo mismo que esperar, ya que si esperaban, estaban haciendo algo. Entonces comenzaron a hacer nada con sus cuerpos, por ejemplo mostrar que dormían (y eso ya era algo), hasta que las preguntas del coordinador comenzaron a ser dirigidas a un tal George, quien se convirtió en protagonista de la acción. Grande fue la sorpresa del autor al ver que en realidad él era el ayudante de la terapeuta y no uno de los enfermos. A partir de allí, Boal comenzó a observar la actitud de los médicos y enfermeros hacia los enfermos y vio que, si se dice que alguien está loco, si la imagen que se devuelve a uno es la de un loco, ¿cómo puede uno convencerse de que no es cierto?

¿Qué imagen de mí me devuelve el otro? ¿Entonces por qué no trabajar juntos –pacientes y profesionales- tratando de resolver problemas que conciernen a todos por el simple hecho de ser humanos? ¿Por qué no ver a las personas sin etiquetas?

En la experiencia de Sartrouville, podemos observar cómo las técnicas introspectivas de Boal pueden hacer aflorar las personalidades de los pacientes, siendo esto de suma importancia dada la mortificación del *yo* de la que son objeto al interior de *instituciones totales* como un hospital psiquiátrico. El hecho de que en un momento los participantes simulen tener una cámara filmadora permite que cada uno realice una selección de una porción de la realidad que le interesa, por algún motivo, recortar. En esa selección afloran las identidades personales que hacen de los pacientes sujetos diferenciados y no “una masa indiferenciada de locos”. Por otra parte, en esta experiencia se vislumbra el poder performativo del discurso que crea un determinado tipo de sujetos o, incluso, no-sujetos. Este tipo de experiencias democratizadoras en ámbitos como los hospitales asilares sirven, en efecto, para romper simbólicamente la barrera que separa a los “normales” de los “anormales” colocándolos a todos en un mismo plano.

La segunda experiencia que retomamos es la realizada en Fleury-les-Aubrais, en la cual se organiza una experiencia de *teatro foro* en la que se intenta dramatizar una situación real vivida por uno de los enfermeros de dicho hospital. En esta experiencia se invitó a participar a todos los presentes en el lugar y se produjeron, mediante las actuaciones, varios intercambios de roles, y los pacientes actuaron de enfermeros, y viceversa. Lo llamativo fue que la mejor resolución del conflicto en cuestión (lograr comprender a un nuevo paciente que era extranjero y no hablaba el mismo idioma que todos los presentes en el hospital) fue propuesta por un paciente. El *teatro foro* es ideal para intentar romper con la opresión mediante la deconstrucción de los discursos de poder que crean las distintas subjetividades al interior del hospital psiquiátrico, tanto las de los pacientes como las de los trabajadores del hospital. La intercambiabilidad de los roles democratiza la palabra y les da voz a aquellos que suelen perderla al ingresar a este tipo de instituciones totales.

Imagen panorámica a través de la desinstitucionalización de la locura: desde Europa hacia América Latina

Ubicaremos las experiencias de Augusto Boal en hospitales psiquiátricos relatadas anteriormente en su contexto geográfico, histórico y social. Partiremos de las experiencias llevadas a cabo en Europa para llegar a América Latina, donde ubicaremos las experiencias brasileras y argentinas relacionadas con los procesos de transformación en salud mental. Finalmente, entraremos al Hospital “José T. Borda” en la CABA y, particularmente, en el PPA del servicio 59 de Psicología Social que tiene lugar en ese hospital,

con el fin de situar un marco en el cual creemos que podría llevarse a cabo nuestra propuesta de acción esbozada en el apartado siguiente.

Las experiencias teatrales de Augusto Boal desarrolladas en hospitales psiquiátricos que hemos relatado previamente se insertan en la Francia de 1980 que no está exenta de un contexto europeo de desinstitucionalización. La segunda mitad del siglo XX encuentra a algunos países del viejo continente atravesados por procesos de transformación de sus sistemas de salud mental. Dichos procesos se caracterizan, en su conjunto, por transitar un camino que parte del modelo asilar alienante de tratamiento del padecimiento mental y conducen hacia una modalidad de atención que pone de relieve el rol de la comunidad en el proceso salud-enfermedad-atención.

Este país viene sosteniendo un proceso de transformación del sistema de atención en salud mental ya desde el período de posguerra. Las experiencias transformadoras se inician en Francia con el movimiento denominado *psiquiatría de sector*, cuyo objetivo fundamental consiste en acentuar la función terapéutica de la psiquiatría, lo cual resulta imposible al interior de las instituciones asilares alienantes (Cfr. Amarante, 2006: 33). Se plantea la reducción de la internación psiquiátrica a una etapa del tratamiento y las posibilidades de atención del paciente al interior de su propia comunidad. Esta política comienza a implementarse en el período de posguerra y se constituye en política oficial en la década de 1960. El Estado francés decide la instrumentalización de la *psiquiatría de sector*, dado que ésta propone una modalidad de atención mucho menos costosa que el modelo asilar.

Insistimos en destacar que la *psiquiatría de sector* no constituye un proceso aislado. En Inglaterra ya se desarrolla, en este momento, una reforma sanitaria que propone la participación de la comunidad en el proceso de tratamiento del padecimiento mental. La *comunidad terapéutica* es un intento de superación de la custodia, la segregación y el aislamiento propios de la modalidad de atención asilar. Por el contrario, se enfatizan la rehabilitación activa, la democratización, la permisividad y el comunalismo (Cfr. *Idem*: 29).

En América Latina, a partir de los años '60, Brasil es el país pionero en nuevas experiencias en distintas áreas: la pedagogía de Paulo Freire ('60); el teatro de Augusto Boal ('70); y en la misma línea que las experiencias europeas, la reforma del sistema de salud mental ('80).

Reseña de los procesos de transformación en Salud Mental en Argentina

Nuestro país no logra que los procesos de reforma en salud mental se transformen en una política pública a nivel nacional hasta noviembre del año 2010. La primera experiencia desinstitucionalizadora que se lleva adelante en el territorio nacional encuentra su lugar en la provincia de Río Negro (Cfr. Cohen *et al.*, 1995). La segunda experiencia se desarrolla en la provincia de San Luis (Cfr. Pellegrini, 2005).

Recién en noviembre de 2010 se sanciona, en Argentina, la Ley 26.657/10 de Salud Mental de la Nación que propone un modelo de atención en salud mental centrado en una perspectiva de derechos humanos, que priorice la atención ambulatoria por sobre la internación y que fomente el trabajo interdisciplinario y la sustitución, a lo largo del tiempo, del hospital monovalente de internación. Esta ley va en la misma línea que los procesos de transformación de Río Negro y de San Luis, y resulta, desde nuestro punto de vista, superadora de la Ley 448/00 de Salud Mental de la CABA, que rige desde el año 2000. Esta última esboza un criterio de atención que entiende al usuario del sistema de salud mental como sujeto de derechos, pero a diferencia de la ley nacional no es sustitutiva, ya que mantiene la existencia del hospital monovalente de internación como uno de los dispositivos de salud mental. Sin embargo, tanto la Ley 448/00 como la Ley 26.657/10 proponen la creación de nuevos dispositivos que faciliten el traspaso de las fronteras que separan el interior del hospital psiquiátrico (lugar donde se encuentra la locura, la anormalidad) de la comunidad, que aloja a los sujetos supuestamente sanos.

Dado que los procesos de transformación se despliegan a lo largo del tiempo, las prácticas que sostienen el modelo asilar no desaparecen de un día para otro entrando en tensión con las prácticas que intentan desarrollarse en un paradigma de protección de derechos. En el caso argentino, esta tensión se observa claramente al interior del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial "José T. Borda".

Tensiones en las prácticas del Hospital Borda

El hospital cuenta con un CDH que vela por los derechos de los usuarios, los cuales se ven frecuentemente vulnerados por las prácticas asistenciales. Esto constituye otro ejemplo de las tensiones anteriormente mencionadas.

El PPA se inscribe dentro de la perspectiva que considera al usuario del sistema de salud mental como un sujeto de derechos, tal como plantea la Ley Nacional 26.657/10. Este programa, como su nombre lo indica, tiende un puente entre el hospital y la comunidad, ya que su objetivo general es promover la externación y su sostenimiento en pacientes en condiciones de alta clínica. Se considera la rehabilitación como un momento preventivo de las secuelas de las largas internaciones, como la pérdida de habilidades necesarias para vivir en sociedad y la adquisición de los hábitos que permitan sobrevivir dentro del hospital psiquiátrico (Cfr. Tisera en Zaldúa, 2010: 212). El proceso de rehabilitación se desarrolla a partir de tres ejes fundamentales: el eje laboral (el PPA cuenta con tres empresas sociales), el eje casa (se intenta establecer una articulación con otros dispositivos, tales como casa de medio camino, hospital de noche, etc.), y el eje bazar o red social (se trabaja con las familias o vínculos sociales de los usuarios) (Cfr. Gutierrez Reto *et al.*, 2010). Además de los dispositivos laborales, el PPA cuenta con otros dispositivos, tales como la Biblioteca Pública “Jacobo Fijman”, el comedor, las asambleas y los talleres de capacitación.

La biblioteca se presenta como un dispositivo particular al interior del PPA. A este espacio concurren no sólo los usuarios que forman parte del programa, sino también usuarios de otros servicios que estén interesados en participar de las actividades que allí se desarrollan. La biblioteca constituye uno de los espacios más atravesados por la palabra – no sólo escrita y leída, sino también emitida – al interior del programa. En este espacio se desarrollan actividades de distinto tipo atravesadas por representaciones discursivas diversas. Entre estas actividades podemos nombrar, además de la lectura y consulta de la bibliografía, la lectura semanal de diarios y otras actividades que se desarrollan de manera esporádica, tales como el café literario, las proyecciones de películas y el teatro leído. El arte forma parte de este espacio de distintas maneras: hay usuarios que escriben literatura, usuarios que tocan instrumentos, usuarios que dedican parte de su tiempo al dibujo o a la pintura, proyecciones de películas.⁶

El teatro leído, por su parte, es una actividad que surgió espontáneamente del interés y el deseo de los pacientes del programa. Todos los pacientes del programa, como así también los pacientes de otros servicios que acuden a la biblioteca, tienen la posibilidad de participar de esta actividad. Sin embargo, suele ocurrir que sólo participan dos de los bibliotecarios, ambos pertenecientes al PPA. La selección de las obras a representar está a cargo de los propios actores quienes, deliberadamente o no, eligen obras con un fuerte contenido político ligado a su propia realidad. La libertad, el encierro, la locura, la felicidad y la infelicidad son temáticas que suelen encontrarse en las obras seleccionadas, así como su tratamiento por la vía de la comedia. El teatro leído, tal como se realiza en el PPA, no cuenta con un coordinador o director. Los pacientes se reúnen a ensayar en días y horarios que acuerdan entre ellos, y luego realizan la puesta en escena de la obra en el servicio 59. A la muestra pueden acudir tanto pacientes y trabajadores del hospital como personas externas a éste. Sin embargo, en la realidad, ocurre que la mayoría de los espectadores resultan ser pacientes y trabajadores del hospital.

Boceto de una intervención teatral liberadora posible en el PPA

A modo de síntesis, proponemos esbozar dos posibles intervenciones en la biblioteca del PPA en consonancia con las técnicas introspectivas (diridas al sujeto) y extrospectivas (cuyo objetivo es socio-político) del Arcoiris del Deseo y del Teatro del Oprimido, respectivamente.

Hemos ideado ambas intervenciones en base a las experiencias francesas relatadas por Boal y analizadas *in supra*: de la experiencia I -cuyo eje consideramos que está en el fomento de la estima del paciente, y que nosotros ligamos a una modalidad de restitución simbólica de derechos civiles- concluiremos algunos lineamientos para un supuesto coordinador de las actividades teatrales espontáneas de los bibliotecarios; de la experiencia II –cuyo eje está en la democratización de las decisiones que toma el

⁶ La biblioteca del PPA no es el único espacio artístico dentro del hospital. Éste cuenta con distintos talleres que desarrollan actividades culturales. Sin embargo, las grandes dimensiones del hospital nos impiden considerar todos los espacios culturales existentes.

grupo humano de pacientes y profesionales de la salud, y por ende ligada a una modalidad de restitución simbólica de derechos políticos a los pacientes- concluiremos algunos lineamientos para el accionar del Comité de Derechos Humanos (CDH) del hospital.

Democratización de la coordinación teatral

No pretenderemos boicotear la pureza y la naturalidad del deseo de los pacientes actores, de ese deseo de actuar y de mostrar el fruto de un asiduo trabajo de ensayo teatral, un trabajo de prueba y error en el uso del cuerpo y de la voz para expresar, como mediante un grito sublimado, impresiones ético-políticas elegidas no-casualmente sobre la felicidad, la libertad y la locura. En este sentido, queremos retomar la utilización de técnicas introspectivas del *Arcoiris del Deseo* para la coordinación de actores profesionales.

Pensemos en un coordinador de teatro estereotipado que llamaremos *coordinación opaca*,⁷ una coordinación que no se basa en los principios de los derechos humanos. En la simple función de observar el ensayo de los pacientes, intervendría con la manifestación de su conformidad o disconformidad con un “me gusta”, “no me gusta”, “mejor hacelo así”, “mejor hacelo asá”. La *coordinación opaca* sería directiva: indicaría direcciones. Si interpretamos su función en clave pedagógica, sería una suerte de corrector de movimientos corporales e inflexiones verbales, sería un sujeto al que el ensayante tendría que conformar. El paciente-ensayante no se miraría a sí mismo, no sacaría provecho de la posibilidad teatral de verse reflejado en Otro (puesto que este Otro es opaco), de escuchar las resonancias de su voz, sino que sería víctima de un observador y de una voz de un Otro evaluador y, en cierto sentido, inquisitorio de su identidad.

Denominaremos, en cambio, *coordinación espejada* a aquella que se inspire en elementos democráticamente saludables como los que hemos destacado en relación a los derechos humanos. En principio, mediante el uso de técnicas como el *arcoiris del deseo*, se incentivará a crear dispositivos de ensayo teatral cooperativo, esto es, por ejemplo, intentar que se logre la construcción de un personaje ficticio de una obra en conjunto con otros actores y tomando como punto de partida el mundo psíquico con el cual se identifica el actor que lo debe representar. En concreto, Boal (Cfr. 2001) da el ejemplo del personaje Hamlet en la escena en que pelea con su madre; el actor debe representar aisladamente (con el cuerpo, mediante un color o una imagen) todas las emociones del personaje en esa escena. Acto seguido, cada emoción será representada por un actor distinto, permitiendo de este modo que el actor que hará de Hamlet pueda auto-percibirse en sus pares, y decidir sobre su personaje sin negar el carácter evidentemente subjetivo de la selección de los elementos que se han de modificar o no, dado que no se está sometido a una última palabra de un director, sino a un arcoíris de palabras teatrales.

En lo que respecta a otras técnicas de ensayo participativo propiamente dicho, Boal propone la técnica Variación Hannover. En pos de la autenticidad del hecho teatral, el trabajo sobre el personaje es crucial para los actores; y a su vez, este trabajo introspectivo de entrecruzamiento entre el *yo del paciente* y el *yo en el personaje* estimula la creatividad, la imaginación y, por sobre todo, los lazos grupales. Esta técnica consiste en realizar un ensayo con un público participativo: los actores ensayan la obra y el público tiene la potestad de decir “alto” en cualquier momento y hacerle una pregunta a los personajes, cuya respuesta no se encuentra, por supuesto, en el libreto.

En el juego teatral, en suma, una *coordinación espejada* debería estimular la luz de la indagación frente a la opacidad de la prescripción, la distribución del poder frente a su concentración, la solidaridad frente al aislamiento, la cooperación frente al individualismo, y la confianza en el potencial de los sujetos para construir, repensar, modificar y, en fin, expresar una identidad propia con el trazo de su singularidad.

Democratización del Comité de Derechos Humanos del hospital

Arriesgarse a realizar una actividad de auto-reflexión institucional como el *teatro foro* no es nada sencillo, mucho menos si la institución en su conjunto no osa reconocer la necesidad de una intervención de este tipo. Además, el *teatro foro* en instituciones de encierro adquiere un tinte especial, dado que,

⁷ Los conceptos de *coordinación opaca* y *coordinación espejada* son nuestros.

acordando con Boal (Cfr. 2001), éste es “un espacio de libertad”. En esta línea, no es impensable que existan relaciones de hostilidad entre algunos pacientes y algunos profesionales de la salud cuando estos últimos subestiman las capacidades de decisión de los pacientes sobre su tratamiento, relaciones de hostilidad tales como las que existen entre presidiarios y carceleros en las unidades penitenciarias.

De todos modos, poco a poco, y más aun hoy en día que existe el amparo en Argentina de la Ley Nacional de Salud Mental, se ha comenzado a reconocer al paciente como a un sujeto de derechos. En este contexto, se inserta el CDH del hospital, cuya función principal es la de velar por el trato humano hacia los usuarios del sistema de salud mental del hospital, hacia esos sujetos con padecimiento mental ya bastante *mutilados en sus yo*, mas no privados de que sus tratamientos sean supervisados, para evitar así abusos de poder por parte de los profesionales de la salud o para permitir que el paciente elija, dentro de lo posible, la alternativa menos invasiva para su tratamiento.

He aquí que deseamos teorizar sobre dos modalidades -no excluyentes ni las únicas, sino complementarias- de trabajo de comité que hemos de llamar *estilo asistencial* y *estilo preventivo*.⁸

Hasta el momento, el CDH del Borda parecería poseer un *estilo asistencial* a los pacientes, quienes son asistidos por los profesionales que integran el comité como si fuesen sus abogados defensores que deben mediar entre el acusado y el acusante, como emergentólogos que deben poner paños fríos cuando existen signos de malestar democrático.

Queremos aclarar que no estamos en desacuerdo con esta modalidad, pero creemos que el reclamo a una instancia de poder político superior no es el único modo en que podrían resolverse los conflictos. Por lo demás, es necesario destacar que los pacientes sólo elevan sus quejas y no participan en la resolución de éstas. Por este motivo nos preguntamos: ¿hasta qué punto se considera a los pacientes del hospital, desde esta lógica de derechos humanos, como sujetos políticos competentes?

Es en esta tensión que proponemos un accionar complementario en el marco de las experiencias teatrales extrospectivas del *teatro del oprimido*, porque el drama teatral puede ser tanto reflejo como representación de un drama real, y más aun si pretende ser un teatro liberador que no transmita contenidos ético-políticos, sino que incentive a la acción política concreta. Porque donde hay tensión hay política, porque donde hay conflicto hay teatro, porque donde puede haber algo para objetar en circunstancias de concentración de poder puede existir la posibilidad de repensar la realidad con el *teatro del oprimido*.

Es así como un CDH con un *estilo preventivo* no se conformaría con socorrer a los pacientes frente a emergencias, sino con realizar un trabajo formativo con las partes en conflicto con el objetivo de prevenir posibles vulneraciones a los derechos del paciente. Siendo siempre el ideal que se pudieran realizar eventualmente Teatros Foro en los servicios del hospital tal como se describe en la experiencia II, creemos que ya desde una apuesta de humilde trabajo por parte del CDH los pacientes podrían ser restituidos simbólicamente de su derecho político de participación democrática.

Imaginemos dos estrategias de trabajo preventivo del Comité: por un lado, nada prohibiría la implementación de, por ejemplo, un *teatro foro* con los actores en formación y grupos de pacientes (conscientes o no de sus derechos) con el fin de problematizar situaciones de violación de dichos derechos de un modo ficticio, y promover, a su vez, la elaboración de alternativas de resolución por parte de los pacientes. Por otro lado, el comité podría intervenir mediante técnicas extrospectivas como el *teatro periódico* en situaciones relacionadas con los derechos humanos que exceden la relación paciente-profesional a partir de, por ejemplo, artículos de diario verídicos sobre la situación de precariedad, vaciamiento y desmantelamiento del hospital, o bien sobre la amenaza social de cierre del hospital psiquiátrico. Estrategias de este último tipo conciben a los participantes como sujetos capaces de conocer, decidir y, principalmente, actuar en su realidad para modificarla. El *teatro periódico* es la dramatización a partir de la lectura de un artículo de diario que muestre una situación de opresión y la búsqueda de la resolución de la opresión mediante el acto teatral y la improvisación. El salto de la actuación ficticia a la concientización y movilización social es corto, especialmente cuando las cuestiones sobre las que debatimos y ponemos el cuerpo y la palabra nos atraviesan o pueden atravesarnos en cualquier momento.

⁸ Las conceptualizaciones son propias.

Bibliografía:

- i. Amarante, P. (2006), *Locos por la vida*, Buenos Aires, Ed. Madres de Plaza de Mayo
- ii. Boal, A. (1974), *Teatro del Oprimido y otras poéticas políticas*, s.l.u., Ediciones de la Flor
- iii. Boal, A. (2001), “Juego para actores y no actores”, Barcelona, Alba Editorial, Trad. Mario Jorge Merlino Tornini.
- iv. Boal, A. (2004), *El arco iris del deseo, del teatro experimental a la terapia*, Barcelona.,Alba Editorial, Trad. Jorge Cabezas Moreno.
- v. Cohen, H. et al. (1995), *Trabajar en salud mental*, Buenos Aires, Lugar editorial
- vi. Foucault, M. (2000), Clases del 8 de enero, 15 de enero y 5 de febrero de 1975, en: *Los anormales*, México DF, FCE
- vii. Goffman, E. (1984), *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu.
- viii. Gutierrez Reto, A., et. al. (2010), “Servicio de Psicología Social N° 59. Programa de Pre-Alta” en: *REVISTA DEL HOSPITAL BORDA. INFORMACIÓN Y PUBLICACIÓN CIENTÍFICA*, Buenos Aires, GCABA, Año 2, n. 3
- ix. Kowsan, T. (1997), “El signo en el teatro” en M. C. Bove et al., *Teoría del teatro*, Madrid, Arco
- x. Pellegrini, J. (2005), *Cuando el manicomio ya no está*, San Luis, Fundación Gerónima
- xi. Tisera, A., (2011), “Transformación institucional y salud mental” en: Zaldúa et. al., *Epistemes y prácticas de Psicología Preventiva*, Buenos Aires, EUDEBA
- xii. Ley 448/00 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- xiii. Ley 26.657/10 de Salud Mental de la Nación Argentina