



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Facultad de Artes
Posgrado en Artes

POR LAS CORPORALIDADES ANÓMALAS.
UN ESTUDIO SOBRE PRÁCTICAS Y TÉCNICAS CORPORALES EN LA
TEATRALIDAD Y SU TRABAJO PROTAGONIZADO POR PACIENTES CON
ENFERMEDAD CRÓNICA

Por

LÍA TORO CODDOU

Tesis presentada al Magister en Artes
Mención Teatro de la
Pontificia Universidad Católica de Chile
Para optar al grado de Magíster en Artes

Profesor guía
ANDRÉS GRUMANN SÖLTER

Mayo 2019
Santiago de Chile

ÍNDICE

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
1. PRIMERA PARTE.....	11
1.1. Medicinas y enfermedad hacia una comprensión de la anomalía.....	11
1.1.1. Enfermedad: presencia de lo “extraño” y el deseo de sanar.....	11
1.1.1.1. Infirmus.....	14
1.1.1.2. Patología, la personificación del mal.....	17
1.1.1.3. Anatomía y fisiología.....	20
1.1.2. Entendimiento de la norma desde la salud: modos de vida y naturaleza.....	22
1.1.2.1. El problema de la variación de la norma.....	26
1.1.3. El problema de la teratología.....	28
1.1.4. La paradoja de la medicina.....	30
1.1.5. Zoé y bios: enfermedad y vida hacia una anomalía social de los cuerpos...31	
1.1.5.1. El problema psicogénico de la Villa de las niñas, México 2007.....	34
1.2. Nuevos problemas, nuevas miradas: intuiciones en el cambio de paradigma.....	36
1.2.1. Cuerpo anómalo y enfermedad crónica.....	36
1.2.1.1. Cuerpo anómalo y anomalía invisible.....	38
1.2.1.2. Cuerpo anómalo y nueva normalidad.....	39
1.2.2. Entrevista biográfica y comunicación dialógica.....	42
1.2.3. Autocuidado.....	44
2. SEGUNDA PARTE.....	46
2.1. Las técnicas del cuerpo, un interés del teatro para con la medicina.....	46
2.1.1. Técnicas cotidianas y extra-cotidianas.....	51
2.1.2. Los No desplazamientos en el espacio.....	54
2.1.3. Técnicas corporales a la base del ser-humano-en-el-mundo y en la ECNT..57	
2.2. Una posición estratégica para el conocimiento corporal en los cuerpos anómalos.59	
2.2.1. La escisión cartesiana.....	61
2.2.2. Cuerpo que piensa y se presenta	65
2.3. Falla en la técnica: el cuerpo anómalo.....	69

2.3.1. La pérdida de la postura con la enfermedad crónica y su ejemplo en el síndrome de La Tourette.....	70
3. TERCERA PARTE.....	73
3.1. Un vínculo entre medicina y teatro: el sitio de una experiencia de teatro aplicado y la investigación académica.....	73
3.1.1. Caracterización de los participantes y el modelo de trabajo.....	74
3.1.2. Terapéutica alternativa y la primacía de la palabra.....	88
3.2. Cuerpos anómalos en y desde el teatro.....	96
3.2.1. El cuerpo como actor secundario y el cuerpo dado.....	100
3.2.2. Cuerpo teatral de taller no profesional.....	105
3.2.2.1. Los ejercicios.....	107
3.2.2.2. Uso del espacio.....	112
3.2.3. Cercanía con la imprevisibilidad, lo irrepitable y el presente.....	117
CONCLUSIONES.....	122
Anexo 1.....	125
Anexo 2.....	128
Anexo 3.....	130
REFERENCIAS.....	132

Resumen

La siguiente investigación se aproxima al fenómeno del cuerpo anómalo a partir del estudio de tres talleres de teatro realizados con pacientes con enfermedad crónica no transmisible en tres centros de salud familiar en la Región Metropolitana entre Octubre de 2017 y Enero de 2018. A partir de la observación participante y de una perspectiva corporal de la práctica teatral, se aborda una comprensión de la enfermedad crónica anclada en las *técnicas corporales cotidianas*. En primera instancia se revisa la discusión sobre los conceptos de enfermedad y norma emanados desde la medicina moderna tensionándola con las contradicciones que la enfermedad crónica plantea para ese modelo. La discusión abre paso a una revisión de las técnicas y prácticas corporales desde el teatro, filosofía y antropología. Como resultado de esta discusión se abordan los ejercicios realizados en los talleres permitiendo analizar el desborde del cuerpo en la práctica teatral. El esfuerzo del presente estudio sugiere un vínculo entre teatro y medicina que reconoce el nivel performativo, cuyo conocimiento radica en la copresencia. A lo largo del documento se sigue la idea de que el cuerpo no es meramente un aparato biológico, si no que posee un “pensamiento” (reflexivo) propio y que puede ser trabajado de manera técnica y consciente a través del trabajo teatral. Finalmente el fenómeno del cuerpo anómalo, que es un acontecimiento biopolítico, tiende un puente de encuentro entre las disciplinas médica y teatral abriendo nuevas comprensiones para la intervención del teatro en otros sistemas sociales desde la puesta en valor de este cuerpo pensante.

Abstract

The following investigation approaches the phenomenon of the anomalous body from the study of three theatrical workshops carried out with patients with chronic noncommunicable disease in three family health centers in the Metropolitan Region between October 2017 and January 2018. From the Participant observation and a corporal perspective of the theater practice, an understanding of the chronic disease anchored in the daily corporal techniques is approached. In the first instance, the discussion on the concepts of disease and norm emanating from modern medicine is reviewed, stressing it with the contradictions that the chronic disease poses for that model. The discussion opens the way to a revision of the techniques and bodily practices from the theater, philosophy and anthropology. As a result of this discussion the exercises carried out in the workshops are analyzed, allowing to analyze the overflow of the body in the theatrical practice. The effort of this study suggests a link between theater and medicine that recognizes the performative level, whose knowledge lies in copresence. Throughout the document we follow the idea that the body is not merely a biological apparatus, but that it has a "thought" (reflective) of its own and that can be worked in a technical and conscious way through theatrical work. Finally, the phenomenon of the anomalous body, which is a biopolitical event, tends a bridge of encounter between the medical and theatrical disciplines, opening new understandings for the intervention of the theater in other social systems from the valuing of this thinking body.

INTRODUCCIÓN

El teatro ofrece una oportunidad para lo que podríamos llamar integración, mediante la técnica del actor, mediante su arte que le permite al organismo vivo luchar para encontrar objetivos más altos si descartamos las máscaras; si se revela la sustancia verdadera se logra una totalidad de reacciones físicas y mentales. Esta oportunidad puede tratarse de manera disciplinada, con conciencia plena de las responsabilidades que implica. En ello podemos encontrar las posibilidades terapéuticas que el teatro encierra para la gente de la civilización actual.

Jerzy Grotowski

La pregunta que guiará este documento es por la corporalidad en el llamado teatro aplicado, en particular de los cuerpos enfermos y en un caso de estudio con pacientes con enfermedad crónica no transmisible, quienes participaron de tres talleres de teatro al interior de los consultorios de su barrio; y la investigación se adentrará en un estudio que abarca las disciplinas médica y teatral a través de un trabajo de intervención en centros de salud primaria guiados por una dramaterapeuta. Esta tesis es una reflexión que emana de la observación participante de esos tres talleres de teatro con pacientes con enfermedad crónica y busca elaborar una comprensión de esa práctica pensando los cuerpos practicados y sus corporalidades. Siendo de especial relevancia para el teatro, el cuerpo y su corporalidad, materialidad constitutiva de su desarrollo (Fischer- Lichte, 2011), existe un conocimiento sobre y desde él que debe ser puesto en valor.

Este diálogo entre ambas disciplinas, al alero de la investigación académica en una perspectiva teórico práctica, busca ser un aporte tanto para la teoría teatral como para su práctica y su participación en escenarios interdisciplinarios. Los talleres corresponden a un proyecto realizado en tres centros de salud primaria Áncora UC entre Octubre de 2017 y Enero de 2018 que se enmarcan en una historia de colaboración de investigadores y

docentes de la Pontificia Universidad Católica a través de la plataforma EncargArte¹. Lo particular de este caso es la producción de talleres de teatro como escenario de investigación académica, lo que quiere decir que por un lado la práctica teatral tiene su foco en el convivio con los participantes que realizan ejercicios pre-expresivos y la creación de una presentación para un público; y por otro la observación, supervisión y análisis académico de lo acontecido durante las prácticas. Este proyecto del que se analizarán los talleres, llevaba por nombre *Teatro y enfermedad crónica: experiencia, narrativas y puesta en escena 2017-2018*² y su objetivo general apuntaba a una inmersión a través de la experimentación teatral en escenarios médicos para comprender el problema de la adhesión a tratamiento por parte de los pacientes con enfermedad crónica no transmisible. En su fundamentación señalan su objetivo de explorar, elaborar y construir teatralmente las tensiones a la base del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible posibilitando la autoobservación de las prácticas y toma de conciencia de los protagonistas implicados en el drama. (Bralic, Alvarado, Moore, Serani, & Téllez, 2016).

La experiencia de taller con pacientes con enfermedad crónica y la propia experiencia de la cronicidad de quien escribe esta tesis, empujan la pregunta por las corporalidades que no logran restablecer la normalidad de la salud. Este documento trata precisamente sobre las prácticas corporales. Es el escenario médico y la experiencia del cuerpo enfermo, junto a la noción de un conocimiento específico y técnico que el teatro podría aportar lo que inicia este estudio de los *cuerpos anómalos* en el marco de los talleres de teatro en centros de

¹ EncargArte es una plataforma interdisciplinaria nacida al alero de la escuela de teatro UC como una “línea de docencia e investigación -teórico práctica- *de carácter interdisciplinario*, con más de 10 años de desarrollo en la Facultad de Artes, cuyos fundamentos teóricos provienen del cruce de varios campos disciplinarios: medicina, ciencias sociales -sociología de la cultura, interaccionismo simbólico, antropología y etnografía-, fenomenología y hermenéutica filosófica, teoría teatral y estudios de la performance. *EncargArte comienza a abordar el problema de la responsabilidad de las artes en el desarrollo de una cultura del cuidado en el marco de la sociedad global*. La hipótesis a la base es doble: por un lado, desde la teoría sociológica se entiende que como correlato de la creciente autorreferencia de las artes contemporáneas (Luhmann) surge el problema de concebir una formación artística que introduzca a los estudiantes a la vez que en la autonomía del sistema social de las artes, en el problema de su acoplamiento funcional con otros sistemas sociales, dentro y fuera de la Universidad. Esto significa *colaborar desde las funciones propias del arte en el desarrollo de los fines propios de otros sistemas sociales*. Es que en rigor, *ningún* sistema social se escapa de esta doble problemática, tampoco el de las Artes. EncargArte nace con esta pregunta respecto de cómo acoplar las artes a otros sistemas sociales (sin que ello signifique renunciar a la propia autonomía disciplinaria). Este marco ha permitido comenzar a investigar en el campo del Teatro Aplicado en salud, educación, salud, economía, política, desarrollo social, rehabilitación carcelaria, etc.” (Bralic, Alvarado, Moore, Serani, & Téllez, 2016).

² La presente tesis forma parte del proyecto señalado.

salud familiar. El concepto de cuerpos anómalos se explorará a través de una mirada de la filosofía de la medicina y las técnicas corporales. Pero ¿Por qué cuerpos anómalos?

El cuerpo como un área practicada del conocimiento humano es un portador cultural de codificaciones, la corporalidad es la experiencia de ese cuerpo social, cultural, emocional que hacemos día a día (Csordas, 2015). Max Hering se refiere a la idea de *body turn* acuñada por Robert Gugutzer como aquello que ha adquirido importancia en las ciencias sociales en base a tres razones “primero, porque representa un objeto de estudio; segundo, porque encarna una categoría teórica y, tercero, porque es un instrumento que facilita el conocimiento” (Hering, 2008). La anomalía es la presencia de la desviación en relación, permanente, a la norma; el cuerpo anómalo será pues el cuerpo que, desviado de la norma de salud, se convierta en otredad en sus prácticas diarias. El cuerpo anómalo, que Antonio Negri denomina el monstruo, es una perspectiva de enunciación por parte de las corporalidades nacidas al alero de la sociedad tecnológica y neoliberal en la que nos practicamos (2009).

Los estudios del cuerpo se han abierto paso en las investigaciones en humanidades a través del llamado giro corporal de las ciencias sociales (Citro, 2014), pero cada vez toma más fuerza en dichos estudios la intención de comprender las corporalidades desde un trabajo interdisciplinario y sobre todo desde los cuerpos practicados. La necesidad de comprender no sólo acerca de los cuerpos, sino también *en y desde* estos mismo ha abierto un campo desde las prácticas performativas que vaticina una apertura de los conocimientos hacia zonas más sensibles y complejas donde las emociones y la construcción de subjetividad se hagan parte del ámbito académico seriamente (Ramírez, 2016). Los estudios del cuerpo ya no sólo se nutren de la observación objetivizante, sino que reconocen el rol de producción de subjetividad de las corporalidades (Citro, 2014) y su agencia. Es en este escenario que al enfrentar una práctica teatral en el escenario médico, con pacientes con enfermedad crónica, el cuerpo emerge como sujeto de interés investigativo; en especial en un sistema médico que busca ser una opción al paradigma moderno anatómico-biológico (la propuesta de salud familiar, atención primaria en el modelo Áncora UC ha buscado al alero de la Pontificia Universidad Católica desarrollar una dimensión *humanista* del encuentro del paciente con su enfermedad), que se abre al trabajo interdisciplinario.

El teatro como disciplina podría encontrar en el diálogo con otros sistemas sociales un lugar de conocimiento acción. Esta investigación se enmarcará en ese diálogo, pero sobre todo se quiere aportar a la dimensión teatral. Sus aportes se dirigen hacia una comprensión filosófica y técnica de los cuerpos en las prácticas teatrales del llamado teatro aplicado, el deseo es dar una mirada desde los cuerpos, crítica pero que posibilite nuevas experiencias, éticas y profundas donde el conocimiento del teatro pueda expandirse. Comprender nuestras prácticas disciplinarias para afrontar el diálogo interdisciplinario.

Al tratarse de una investigación en los límites entre distintas disciplinas y que aborda un tema que atraviesa todas las áreas del conocimiento se ha decidido el uso de autores pertinentes y relevantes desde cuatro procedencias: médicos, teatrales, antropológicos y filosóficos. Se ha buscado complementar con autores que planteen discusiones relevantes en las áreas y que han servido para contrastar y compararse, además de presentar las discusiones tanto desde autorías provenientes de Europa y Estados Unidos, como nacidas en Latinoamérica; éstas últimas han aportado bastantes de los ejemplos analizados debido al supuesto de que la experiencia de un cuerpo es situada y una comprensión de la corporalidad puede modificarse según los imaginarios y sistemas de creencias propios de cada continente.

El material de los talleres analizados en este documento nace de la participación como observador participante durante todas las sesiones de taller. Los procedimientos de recolección de datos contaron con mecanismo de registro en videos, registro en audio, notas de campo conducentes a resúmenes de acciones, una bitácora de taller, y de ellas a etnografías, descripciones densas sobre la cualidad del movimiento de los participantes y la propia práctica de los ejercicios propuestos, registrados en la experiencia corporal y breves notas al margen del cuaderno de campo. Los nombres de los participantes de los talleres han sido cambiados por letras mayúsculas asignadas de manera aleatoria y sólo se ha incluido información autorizada por ellos con fines académicos.

La primera parte revisará los conceptos de enfermedad y su protagonismo en el paradigma moderno de la medicina para tensionarlo con la experiencia de vivir con enfermedad en base a discusiones filosófico-éticas; la puerta de entrada que dejará el capítulo es la de la conceptualización de un *cuerpo anómalo* (Hering, 2008) en un paradigma biologicista que

debe desenvolverse en un sistema cultural y de relaciones humanas donde la instrucción médica hegemónica queda desplazada del diario vivir, esta situación se hace insostenible teórica y metodológicamente con la enfermedad crónica de modo que la propia medicina busca nuevos caminos y estrategias para dar comprensión y “solución” al problema.

En su segundo capítulo se adentrará en el problema de estos *cuerpos anómalos* desde las prácticas y técnicas corporales, punto de encuentro entre el teatro y los estudios del cuerpo, para comprender cómo se genera la anomalía, ampliando a la vez la comprensión de cuerpo fuera del marco anatómico. El teatro como área de experticia en las técnicas corporales y que puede concebir la construcción de los roles a partir de la triada corporalidad-mentalidad-emocionalidad ofrece un prisma de lectura desde las prácticas (Barba & Savarese, 1988).

El capítulo final recogerá la experiencia de los talleres y las estrategias fundamentales usadas en su desarrollo, tanto en su corpus teórico como en su puesta en práctica. Es en este análisis que, rescatando la discusión expuesta en los otros dos capítulos, se preguntará por la importancia de la anomalía-norma en el teatro (en términos Brechtianos, sería el extrañamiento, de Kuhn, la crisis y según Grotowski, a quien se sigue durante el capítulo, sería la extra-cotidianeidad) y las formas en que se abordó o no durante los talleres, la relevancia de los cuerpos en un paradigma de teatro aplicado y de dramaterapia (Barambino, Malavia, & Assal, 2009) (Jennings, 2006); se desarrollan los encuentros y desencuentros en la discusión de las corporalidades y sus prácticas desde el diálogo de ambas áreas, médica y teatral.

1. PRIMERA PARTE

EL PROBLEMA DE LA ENFERMEDAD, LOS CUERPOS EN MEDICINA Y EL ESCENARIO CORPORAL

1.1. MEDICINA Y ENFERMEDAD: HACIA UNA COMPRESIÓN DEL CUERPO ANÓMALO

“Cada ciencia particular produce,
en cada momento de su historia,
su propias normas de verdad”
(Canguilhem, 1971, p. IX)

En primer lugar se hará una revisión de la concepción médica de la enfermedad desde una mirada histórica para comprender la aparición del concepto *cuero anómalo* que usaremos aquí, delinear los márgenes de lo anómalo en medicina y su trascendencia en la experiencia de la enfermedad crónica no transmisible (desde ahora ECNT). Esta última, la ECNT, es el punto álgido de la discusión y la acción médica en la actualidad (OMS, 2018), la discusión y el seguimiento del concepto *anómalo* busca dar luz sobre la problemática de estas enfermedades trasladando la comprensión de desviación **desde lo visible a lo experimentable** por quien está enfermo. La experiencia anómala del cuerpo en la salud está en las raíces de la práctica clínica y sus derivaciones en los distintos niveles de atención de salud. El uso del concepto *cuero anómalo* no es más que una puesta a la luz de un fenómeno relativizado que se abre paso en las discusiones académicas, particularmente en los estudios post coloniales y las ciencias sociales quienes han posicionado lentamente su mirada sobre las problemáticas y discursos del cuerpo (Hering, 2008).

1.1.1. Enfermedad: presencia de lo extraño y el deseo de sanar

Recurrimos a un médico cuando estamos enfermos, por un malestar, una incomodidad, algo que percibimos como extraño nos motiva a asistir voluntaria o involuntariamente a la atención de salud; recurrimos a un médico cuando sospechamos de enfermedad o nos

sentimos distintos, incómodos o en un estado alterado (Besio & Serani, 2014, p. 51-54). Este panorama corresponde a que percibimos en nosotros mismos un estado otro, usualmente vinculado al cuerpo cuando hablamos de medicina “a secas”³. En este nivel se constata que existe un conocimiento propioceptivo del cuerpo con nociones claras del propio potencial; una situación de enfermedad es aquella donde la potencia no está a la altura de la constante, o su desempeño total; ahí aparece la intuición de la enfermedad.

La acción de la medicina y la atención de la enfermedad no han sido dos cosas unidas a lo largo de la historia médica. La medicina moderna ha trabado un vínculo particular aparentemente indivisible entre ambas (medicina-enfermedad), pero históricamente medicina y enfermedad no han sido exclusivamente interdependientes. La sanación ha sido un procedimiento que ha acompañado la existencia y el entendimiento de la medicina de manera constante pero en distintos niveles de protagonismo, así la salud ha sido el objetivo final de la acción del sanador, aun cuando distintos tipos de medicinas valoren más factores culturales, o patológicos, o psicosociales, etc. (Le Breton, 2002). Ni la idea de enfermedad, ni la de salud han mantenido una sola significación a lo largo de la historia, y su comprensión es situada tanto geográfica como históricamente⁴. Lo mismo puede decirse de la concepción de la experiencia de enfermar y sus diferencias con la experiencia médica. Desde la época antigua, donde el chamanismo era la expresión de la sanación, hasta la más moderna medicina clínica, los objetivos de las ciencias de la salud y su administración han variado y han estado atravesados por búsquedas propias de su cultura y momento social. Lluís Duch, rescatando la apreciación de Víctor Turner sobre la cultura Ndembu, señala que el cuerpo de un individuo era un cuerpo colectivo y a la vez cosmológico, entonces la enfermedad tenía su origen en aspectos extra-cotidianos al margen de la vida diaria del individuo (2002, p. 322), en total contraposición con las ideas modernas que vinculan la

³ En el caso de la percepción de un estado otro en el nivel psico-emocional se suele hablar de “salud mental”. También la tecnificación en el área de la medicina “a secas” propone la nomenclatura de la especialidad médica a la que se visita: broncopulmonar, traumatólogo, fisiatra, etc.

⁴ Que la definición y percepción de estos conceptos sea territorial y culturalmente situada no impide que se visiten desde autores provenientes de fuera de Latinoamérica, puesto que la hegemonía europea (o norte) se ha constituido en el canon del conocimiento y en ciertas áreas predomina su influencia ideológica y científica, construyendo el saber oficial autorizado para conceptualizar. En el caso particular de este documento los autores han sido escogidos por su legitimidad en el área de análisis y/o por la poca literatura existente, siendo en ambos casos tanto de origen europeo como latinoamericano.

vida cotidiana, ya sea el modo de vivir o la vida desvinculada de la naturaleza, con el hecho de estar enfermo, como por ejemplo la neumoconiosis o enfermedad del carbón o la asbestosis⁵, ambas enfermedades asociadas a los riesgos de la actividad laboral del minero y el obrero, respectivamente; es más, se ha llegado a considerar la manera en que el trabajo asalariado exige los cuerpos y moldea sus formas al punto de determinar su salud (Ilich, 1975). El humano en la época chamánica tiene un correlato cósmico, y lo que le ocurre a él tiene un supuesto de causalidad relacionado con la divinidad natural. Para su curación es preciso definir cuál es el motivo que ha provocado esta acción-fuerza sobre el enfermo y luego actuar sobre él (Seguin, 1982, p. 20) de modo que la enfermedad es provocada por una fuerza otra, sin importar la índole visible o no del mal: una pierna rota/indigestión; su condición de pasajera o terminal: una fiebre/un tumor; su condición de epidémica o caso único: el cólera/un estreñimiento. La enfermedad tiene una única naturaleza de origen con un sinfín de posibilidades que el chamán debe conjurar en un acto ritual a través de su persona para comprender y tomar acciones pertinentes. En este caso la enfermedad proviene de una ofensa, una falta de criterio o una falta realizada por el enfermo y/o sus cercanos que debe ser subsanada para reencontrar la salud, dádiva preciosa que permite la realización en el mundo y la participación de la comunidad. Importante es no olvidar que en ese caso la salud viene dada por la mediación del chamán quien accede a estados extáticos para padecer como el enfermo y retornar a su propio cuerpo con la sabiduría suficiente sobre lo que aqueja al enfermo.

El sentido común dicta que las personas no busquen estar enfermas, aunque podríamos tomar dos ejemplos en que se busca el contagio de manera voluntaria, por un lado tenemos el *bug cashing*, movimiento que desde su documentación en 1999 por los doctores Gauthier y Forsyth se ha transformado en un símbolo del contagio voluntario del VIH y su expresión el SIDA; y por otro las inoculaciones por vacunas, que son la adquisición de un virus que en un marco de control y estabilidad no permiten el desarrollo de la enfermedad, no por lo menos en su magnitud. A pesar de ser muy diferentes exposiciones voluntarias a enfermedades, y con consecuencias muy disímiles, alumbran una distinción sutil entre virus –que es un patógeno- y enfermedad; se sabe que es posible ser portador de un patógeno (de

⁵ El caso del chileno Eduardo Miño, que en 2001 se quemó a lo bonzo frente a la Moneda, dio a conocer las consecuencias de la inhalación del mineral utilizado en la construcción de viviendas, y puso en la prensa a la Asociación de Víctimas del Asbesto.

VIH o de varicela) y no desarrollar su expresión de enfermedad (SIDA y enfermedad de Zóster). Esta diferencia entre patógeno y enfermedad abre la puerta a la pregunta por cuándo es que se está enfermo ¿Será en el momento del contagio? ¿Con la aparición de los síntomas? ¿Con el diagnóstico o al buscar curas? Cuando contraer una enfermedad y estar enfermo son dos cosas distintas, dado que se piensan y se experimentan separadas, el paciente se convierte para el médico moderno en un medio, un accidente proporcionalmente irrelevante en el estudio de la enfermedad. La ciencia médica trasciende investigando la enfermedad y no al enfermo.

La medicina moderna se encargará de la enfermedad, y la experiencia de la misma será un asunto doméstico del paciente en una dimensión exterior de las pertinentes al médico. En esa lógica la percepción del paciente sobre un cambio en su estado de salud es un evento que da una escueta guía al médico para dilucidar cuando realmente se ha enfermado, pero no contiene ese hito en sí. ¿Percibe un enfermo la distancia entre la enfermedad y su experiencia? Por otro lado, algunos de los supuestos de la medicina ancestral, han trascendido actualizándose a lo largo de la historia en oposición a esta disociación de la medicina moderna. Revisaremos pues una delimitación de la enfermedad en base a su definición y conceptualización de la historia de la medicina moderna y algunos aportes de otras medicinas (Le Breton, 2002)

1.1.1.1. Infirmus, definiciones y campo semántico

“Es fácil comprender que la situación diferente de la “norma” que la enfermedad determinaba, preocupara siempre al hombre y lo llevara a buscar una explicación y una causa” (Seguin, 1982, p. 19)

Lo que para el autor Carlos Alberto Seguin, parece ser una obviedad nos abre una pregunta amplia ¿Qué es lo que hace que el hombre busque la causa de “la situación diferente de la norma”? Él no está circunscribiendo la enfermedad a la anormal, sino que ella provoca una situación desviada. De este modo la enfermedad es causa de una situación anómala. Para poder comprender a cabalidad las implicancias de estas preguntas es pertinente revisar lo que entendemos por enfermedad.

La palabra *enfermo* que utilizamos en el español de raigambre castellana como es el que domina en Latinoamérica proviene del latín *infirmus*, una composición negativa de la palabra *firmus*, que significa “«firme, sólido, resistente, robusto».” (Lips-Castro, 2017, p. 138), algunos autores como lo traducen como débil o endeble. Al comparar este significado con el de otras palabras sinónimas es posible comprender un *pantone* amplio de lo que decimos cuando decimos enfermedad. El mismo latín se sirve de los vocablos *morbis*, *malum*, *infirmitas*, *uitium* y *aegritudo*. *Morbis*, cuya raíz esconde el significado de marchitar, apagarse, y un vínculo con palabras como *mors* y *moriri*, es la más cercana a la de uso médico *morbilidad* que significa según DRAE *f* Proporción de personas que enferma en un sitio y tiempo determinado (Real Academia Española, 2014); mientras *morbis* se refería al proceso de la enfermedad de modo degenerativo, *uitium* era utilizado para defectos físicos o morales; finalmente *aegritudo* se relaciona con congoja y aflicción (Lips-Castro, 2017, p. 137). Un panorama que abarca desde una perspectiva que remite a una imagen material: endeble, sin firmeza, falta de robustez; hasta designaciones de emociones vinculadas al sufrimiento.

Definir la palabra enfermedad parece en el latín estar relacionada con falta de fuerza y aflicción, donde el límite entre una designación en la carne y en el espíritu⁶ no está trazado tan fuertemente, claro es el ejemplo de *uitium*. Ahora bien, el alemán nos ofrece una interesante desviación del camino del sufrimiento y el dolor, si bien *krankheit* define enfermedad desde *doblar* y *ceder*, nace del inglés y comparte raíz con *cranky* que define a una persona extravagante (p. 137) o maníaca (la manía es un cuadro clínico psicomotriz, o incluso psicosomático, donde existe un comportamiento desviado, énfasis en el cuerpo – motricidad o soma-). Pero en el uso regular en alemán *krank* será aquello malo o doliente.

El inglés nos aporta dos palabras con diferencias de perspectiva *illness* y *disease*. La primera compuesta por *ill* que significa dañino y perjudicial y su sufijo *-ness* que denota un estado, en cambio *disease* es lo opuesto al alivio. *Sickness*, que en uso es muy similar a *illness*, como la condición de estar mal e indispuesto, se vincula con el antiguo vocablo: *sugan* o *suck*, succionar (Lips-Castro, 2017, pág. 137), lo que ya es una acción operada

⁶ Para efectos de analizar las definiciones de enfermedad nos remitiremos a la construcción dual o integrativa que ellas mismas plantean. La discusión sobre la escisión mente-cuerpo será abordada más adelante en capítulo 2 que profundiza sobre la noción de corporalidad.

desde fuera del cuerpo. Sobre esta idea de la succión se puede revisar la dupla de causas de enfermedad proveniente de las culturas chamánicas que rescata Seguin, 1) la abducción del alma y 2) la posesión del cuerpo:

Se trata de la creencia de que, por alguna razón –razón que varía según grupo cultural-, el hombre ha perdido su alma; que ella lo ha dejado, ya sea para vagar por el espacio, o porque ha sido atraída por alguna fuerza mágica. Su ausencia es la que lo enferma y, por lo tanto, el tratamiento debe estar dirigido a la recuperación del alma. (1982, p. 23)

La extracción del alma parece guardar similitud con la succión, enfermar es que se le ha sustraído algo a alguien, que ha quedado desprovisto de algo que le es propio.

El francés amplía un poco más la comprensión involucrando el *habitus* en la nomenclatura: *maladie* “que proviene del latín *male* («mal») y *habitus* (participio pasado de *habere*) que designa un estado de naturaleza y adaptación que para Aristóteles corresponderá a disposición y estado. El término *mal* deriva del adjetivo y sustantivo latino *malum*, cuyo significado está relacionado, principalmente, con «la desgracia, el mal, lo lesivo y lo dañino».” (Lips-Castro, 2017, p. 138). Pero habría que agregar sobre *habitus* que no sólo se refiere al buen estado físico como lo utilizaran los griegos, sino que a “expresión, aspecto, manera, comportamiento, conducta” (Oxford University, 1983). Pierre Bourdieu da ciertas luces interesantes sobre este último concepto de *habitus* que nos serán útiles también más adelante: “El *habitus* es una matriz definida simultáneamente por una familiaridad confortable y una determinación anónima, y la práctica es un término compuesto que combina simultáneamente el acto y la constrictión, el comportamiento y el entorno” (Csordas, 2015, p. 21-22). Esta perspectiva sitúa la enfermedad en la desgracia de la inmanencia de estar en el mundo.

La revisión etimológica nos arroja un universo de la enfermedad vinculado al sufrimiento, al mal, al dolor y la debilidad, pero también a la extravagancia o rareza. Pareciera ser que un halo de negatividad pesa sobre la idea de estar enfermo, de manera relacional con un estado otro –que presuponemos es la salud- se está en una condición disminuida o se niega una condición. ¿Cuál es esa condición y por qué de su relevancia?

Uno de los vocablos griegos para designar ese estado otro que aquí suponemos como la salud, es *holon*, cuya raíz es *holos*, relativo al todo y podremos encontrarla luego en aplicaciones como *holístico*. “posee una cierta correspondencia con el término árabe *salam*, que también sirve para designar el disfrute de un perfecto estado de salud, es decir, de salvación plena tanto en el orden temporal como espiritual” (Duch, 2002, p. 313). La inclusión de la idea de salvación en el conjunto de la salud denota un antecedente religioso, mas, la articulación concuerda con la definición que la Organización mundial de la salud (OMS) establece "La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". (1946, p. 100). En esta definición que es bastante amplia se logra contener estos dos polos, enfermedad y salud, y entender la enfermedad como su opuesto en tanto la ausencia de ese estado. Esta definición es la base de un paradigma bio-psico-social.

Retomando las preguntas que hemos formulado ante el texto de Seguin, si acaso el humano quiere entender las causas del dolor, del sufrimiento, del mal que lo aqueja, y esto es “una situación diferente de la norma” ¿Podremos decir que la norma es el *holon*? Y si la norma se ve interrumpida ¿Es el camino de una comprensión para reestablecer el orden lo que motiva la búsqueda de las causas? Antes de dejar esta aclaración de definiciones debemos acotar que enfermar, enfermedad y enfermo ocuparán distintas jerarquías en el pensamiento médico a lo largo de la historia, aquí hemos remitido la etimología al verbo donde contenemos el fenómeno directamente vinculado a la experiencia, a la acción –sea quien sea quien la active: el observador, el que enferma, la enfermedad misma-. Veremos cómo la búsqueda de esas causas desde la disciplina médica ha sido un catalizador pero también ha llevado a la disciplina a un punto ciego en referencia al tema de la enfermedad crónica (ECNT).

1.1.1.2. Patología, la personificación del mal

La aparición de la patología, o la parte de la medicina que estudia las enfermedades, constituye el centro de interés de la perspectiva de la medicina moderna. Hablar de medicina patológica es reconocer un movimiento de los intereses médicos desde la persona toda en su *holon* hacia la causa del mal que es la enfermedad. Distintas culturas y periodos históricos identificarán la enfermedad con causas particulares y socio-culturales, pero el

estudio patológico en pleno es propio de la medicina moderna y tiene su referencia más clara en la biología microbiana, que abre un campo de comprensión para la ciencia pero también una metáfora contenedora para el paciente:

“la teoría microbiana de las enfermedades contagiosas debió por cierto una parte no desdeñable de su éxito a lo que en ella hay de representación ontológica del mal. Al microbio, incluso si es necesaria la compleja mediación del microscopio, los colorantes y los cultivos, se lo puede ver; en cambio, sería imposible ver un miasma o una influencia *sic*” (Canguilhem, 1971, p. 17-18).

Poder personificar el origen del mal permite al médico hacer un cuadro de las causas que debe tratar, pero al paciente le ofrece una explicación de sentido, puesto que es atacado por agentes externos, muchas veces independientes de él, la pregunta por las razones de una enfermedad no se alojarán ya solamente en la moralidad del enfermo y su relación con lo divino sino que se mantendrán en la zona maligna del ambiente. La responsabilidad del enfermo o posible enfermo consistirá en la protección contra ese ambiente, usualmente focalizada en el marco de la higiene.

Este camino de estudio de las enfermedades, su personificación y caracterización, llevó también a un desplazamiento paulatino de la atención sobre el enfermo, hacia la atención por la enfermedad: “lo que define el acto del conocimiento médico no es el encuentro del médico y del enfermo, ni la comparación de un saber con una percepción;” (Foucault, 2004), será pues el acceso a la información sintomatológica lo que guiará el actuar médico en dirección a la enfermedad y no a la experiencia de estar enfermo. Este procedimiento busca por una parte generar una nosología que permita agrupar en especies, familias y géneros las distintas sintomatologías y dar nombre e identificar los factores climáticos que hacen que tal o cual enfermedad sea como es en cada región; por otro lado se darán a la tarea de encontrar las fallas en el estudio de los órganos y sus daños, ¿Qué patógeno ataca cuál órgano? (aquí una diatriba de perspectivas abrirá paso a la fisiatría y las relaciones entre el daño de un órgano y sus consecuencias en otros). Estos caminos tienen una historia de desarrollo particularmente en Francia de la mano del positivismo.

En este marco la enfermedad es algo que sobreviene al humano y se entenderá que algo se le ha quitado, por lo tanto puede devolverse, o que algo se le ha agregado, y por ende,

podría quitársele. (Canguilhem, 1971, p. 18). Salta a la vista lo similar que es esta mirada con la concepción de la posesión y pérdida del alma en culturas primigenias que hemos anunciado en el subcapítulo anterior, donde el poseso no es *él mismo*; la enfermedad es evidencia de la presencia de una potencia ajena a sí mismo que lo hace comportarse de manera desviada de la conducta social. A lo largo de la historia esta imagen del agente externo que trae el mal al interior del individuo ha ocupado un lugar de especial consideración, el siglo XVII la disquisición médica buscaba el lugar donde se alojaba el mal en el cuerpo, siendo algunos solidistas, que planteaban su establecimiento en los tejidos duros, y otros humoristas, que proponían su alojamiento en los humores que recorrían el cuerpo (Seguin, 1982, p. 22). Esta búsqueda, si no de sentido, de objetivos, se condensa con una fuerza iluminadora de la ciencias sacudiéndose el lenguaje de la brujería de antaño, de la alquimia y de la religión para concretar la teoría bacteriana (o microbiana). Aunque se buscara en ese proceso de tecnificación desprenderse del lenguaje de la medicina popular aún podemos encontrar un repertorio de palabras que apuntar a que el médico vence el mal, o que la enfermedad se apoderó del paciente (Seguin, 1982, p. 23)

La tendencia médica en el camino por identificar el origen de la enfermedad para reestablecer la salud, lleva a la aceptación de que la patología es un cambio cuantitativo, es decir que la enfermedad son variaciones cuantitativas de fenómenos fisiológicos, que son las funciones del organismo. Esta perspectiva lleva a que la enfermedad no sea un proceso de ausencia de salud, sino que un exceso o una disminución en los procesos normales. Hablar de patología cuantitativa es comprender la enfermedad como un proceso orgánico no dual, de modo que salud y enfermedad no son dos fuerzas en pugna aunque la terapéutica siga definiendo la enfermedad como un enemigo a vencer para restablecer el orden que la naturaleza no logra restablecer.

Con los grandes aportes que la patología ha significado para la medicina, la concentración de fuerzas en su estudio ha dejado una pregunta en el tintero, a la espera de un nuevo campo metafórico que cumpla el rol de intermediario en la comprensión de la enfermedad ¿Qué ocurre con las enfermedades crónicas? ¿Y en particular con aquellas que no son transmisibles, es decir no patológicas? Si bien un gran número de enfermedades queda fuera del campo bacteriano, la tecnología ha desarrollado mecanismo para personificar los virus, la genética ha elaborado un campo de análisis para establecer el origen de fallas

propias del ADN (la cadena genética ocupa un lugar similar al de los órganos a la hora de explicar el principio del mal), incluso el ambiguo paraguas de las *enfermedades autoinmunes* han posicionado al enemigo en una falla, deformación, anomalía del propio sistema inmune⁷. ¿Dónde está personificado el mal en las enfermedades crónicas no transmisibles? Volveremos sobre esto en el apartado de ECNT.

1.1.1.3. Anatomía y fisiología

La búsqueda de las causas de la enfermedad empujó los límites de la medicina a la especificación de las técnicas y la división en las posturas sobre el origen del mal. Por un lado la práctica de abrir cadáveres para analizar en los cuerpos los estragos de las enfermedades cementó el trabajo que Andreas Vesalio (1514-1564) plasmó en 1543 en su libro *De humani corporis fabrica libri septem*, el primer tratado de anatomía humana (Romero Reveron, 2007, p. 847). Pero la carrera por definir la causa y el lugar de alojamiento de tal o cual enfermedad renegaba, o por lo menos omitía posturas como la de Galeno de Pérgamo que intentó distinguir en la etiología tres diferentes causas que interactuaban: a) la disposición del organismo, b) el agente y c) la interacción de ambos que provoca la alteración orgánica. Nociones tales no fueron abandonadas del todo pero fueron desplazadas, la era de la etiología y sus consideraciones psico-ambientales que había sido la verdad otorgada por Paracelso para cimentar las bases de la medicina moderna, quedaba en la zona de sombra que provocaba la luz de un saber racional y conceptual –ilustrado- de la nosología que avanzaba incluso en una dirección investigativa que provocaría sus propios casos de estudio de manera artificial: una cosa era abrir cadáveres y comprobar los estragos por ejemplo de la peste negra en el s. XVIII:

Una vez abierto, el cadáver del pestífero no muestra lesiones. La vesícula biliar, está hinchada, llena de un líquido negro y viscoso, tan denso que sugiere una materia nueva. La sangre de las arterias, de las venas, también es negra y viscosa. La carne

⁷ El profesor Alejandro Serani, docente e investigador de la escuela de medicina PUC guarda en su biblioteca personal un video modelo de entrevista bibliográfica que suele mostrar a sus estudiantes en la cátedra de Antropología médica y bioética de la misma casa de estudios, donde dialoga con una paciente con enfermedad bronquial obstructiva crónica de etiología autoinmune, quien define su enfermedad “Como si mis soldaditos se hubieran vuelto contra mí”. Esta metáfora comprensiva que ella usa es un referente de la personificación del mal, de la necesidad de alojarlo en un lugar, aunque sea abstracto.

tiene la dureza de la piedra (...) en ciertos casos, sin embargo, los pulmones y el cerebro afectados ennegrecen y se gangrenan (Artaud, 2005, p. 21)

Y ver con fascinación lo que aquella enfermedad provocaba en los órganos sin capacidad de accionar sobre ella, que por lo demás no se sabía si habría abandonado ya el cadáver; pero otra cosa muy distinta era la experimentación de laboratorio que se abría paso rápidamente y generaría las condiciones ideales para observar lo que los médicos quisieran encontrar, el origen de la enfermedad toma forma en y gracias a la investigación (Foucault, 2004, p. 229). Esto es una espada de doble filo que nos mueve un paso más en la dirección donde el enfermo poco y nada tiene que ver con su enfermedad y que además funda una línea de pensamiento que estará a la vanguardia de la educación médica y la academia (p. 63-82). La medicina anatómica será durante la ilustración (e incluso a posterioridad) una práctica de los sentidos pero ciega en su generalidad sobre la persona portadora.

La diferencia entre la anatomía y la fisiología será que esta última, en vez de ubicar el daño en una parte determinada del cuerpo, estudiará la relación del funcionamiento de los órganos y sus interacciones. Aunque ambas disciplinas pondrán atención a los avances introducidos por Vesalio, para la fisiología el momento de mayor conocimiento sobre la enfermedad y la salud será mientras el cuerpo esté vivo (Canguilhem, 1971, p. 37).

No son las lesiones sino las alteraciones del funcionamiento las causantes de provocar los daños orgánicos al pasar el tiempo; el trastorno funcional será la enfermedad cuyas consecuencias pueden ser el daño irreparable de las partes del cuerpo como el acomodo de las funciones en el cuerpo enfermo a manera de un nuevo equilibrio desequilibrado, para ejemplificar esto pensemos en una persona con artrosis en la cadera, la articulación ha degenerado la zona ósea y disminuido el cartílago que amortigua la articulación, el paciente experimenta un intenso dolor al depositar el peso corporal de la caminata sobre el costado afectado, por lo que cojea, esa cojera prolongada puede producir una deformación de la columna en una escoliosis dado el esfuerzo del cuerpo por equilibrar la posición.

Hay que entender que tanto anatomía como fisiología conciben al humano de manera abstracta con órganos aislados metodológicamente, pero no para eliminar una jerarquía orgánica, sino para atomizarlos; para esta ciencia el cuerpo humano es un caleidoscopio de partes fragmentadas y su desmembramiento en partes más pequeñas permitirá una

comprensión más específica de los males que lo aquejan. El vínculo entre las parte será un saber técnico nacido de la observación de las funciones de cada una por separado.

Los efectos que esto provoca en primer lugar tienen que ver con el lugar del enfermo ¿Cómo es la experiencia del cuerpo propio? Salvando una posible discusión aquí sobre *tener* o *ser* cuerpo, entendemos la corporalidad como ese físico estar en el mundo (Fischer-Lichte, 2011), de modo que nos preguntamos ¿Podemos hacer una experiencia parcializada de propio cuerpo? ¿Podemos estar por partes? Y más claramente ¿Podemos hacer una experiencia comprensiva en una parcialización que se ve en el cadáver? Esta filosofía de la medicina, tan fructífera en algunos avances esconde un tipo de relación con el cuerpo —ni siquiera con el enfermo— cuyo lenguaje lucha por desprenderse de lo coloquial y se posiciona como un conocimiento exclusivo del médico, que separa al humano en partes (Le Bretón, 2002, p. 178). Si bien la tecnificación abrió el paso a una ciencia más objetiva en una disputa contra charlatanes y embusteros, también contempló en el mismo universo a la medicina tradicional, la medicina familiar y las prácticas chamánicas, tanto como se reconoce que se ha ganado, se ha perdido en desmedro de la experiencia del enfermo.

1.1.2. Entendimiento de la norma desde la salud: modos de vida y naturaleza

Ya hemos revisado el concepto de enfermedad, pero los antecedentes dan cuenta de una relación entre la salud y la “normalidad”. La normalidad es un campo que podemos definir para las ciencias como aquello que las teorías han avalado como procedimientos aptos a ser usados en el futuro, tienen un momento de aparición y un momento en que ya no son de utilidad para la práctica. De modo que la salud o enfermedad de un ser humano no sólo está determinado por el nivel de malestar en que se encuentre su cuerpo, sino también por las definiciones de lo que es estar en norma. “Gobernar la enfermedad significa conocer sus relaciones con el estado normal que el hombre vivo —y que ama la vida— desea restaurar.” (Canguilhem, 1971, p. 19). Lo complejo de la idea de normalidad es que funde en una sola dimensión el bienestar de la persona y los intereses creados sobre ese bienestar, y además esos intereses creados se alzan como obligaciones sociales que impiden experimentar procesos anormales, dicho de otro modo, el límite entre estar sano y que el mercado 1) genere una maquinaria de negocio sobre el *merchandising* de la salud (farmacéutica, deporte, dietética, etc.), y 2) establezca una imposibilidad reguladora sobre el tiempo que se

puede “perder” de trabajo y productividad durante la enfermedad empujando los límites de los derechos laborales. Lo que aquí abordamos será una comprensión de la norma de la salud en respecto del cuerpo y las exigencias y derechos de este mismo, para articular la idea de retorno que busca la terapéutica sobre la salud como estado normal. Esto nos servirá de paraguas para oponer el concepto de anómalo.

En la antigua Grecia

Domina el convencimiento de que solamente el *kalós*, es decir, el hombre sano y bello, se encuentra en disposición de ser *agathós*, bueno y justo. Con bastante frecuencia se acostumbraba a equiparar la enfermedad y la fealdad con la enfermedad. De aquí se desprende el carácter de inmoral del enfermo (Duch, 2002, p. 344)

La enfermedad es considerada signo de inmoralidad, y para la cultura griega la moral viene aparejada al concepto de *ethos* que designa costumbre y ordenamiento, “*m.* Conjunto de rasgos y modos de comportamientos que conforman el carácter o identidad de un persona o una comunidad” (Real Academia Española, 2014). Duch precisa que designa el orden natural de la vida (2002, p. 345), de modo que podríamos señalar que el proceso sobre la enfermedad consistía en una ética de la salud. Lo inmoral, aquello que no cumple con las exigencias morales de la sociedad, y el inmoral quien está enfermo, es una persona que debe ser separada y condenada o reparada y purgada.

Esta mirada moral no estaría tan ligada a una necesidad de escarmiento social, sino más bien a un proceso del enfermo para consigo y la naturaleza, pues en la antigua Grecia la concepción del hombre es en vínculo con lo divino, y la enfermedad “quebranta la fraternidad universal” (Duch, 2002, p. 342), la condición de bondad viene aparejada a la naturaleza del hombre comprendida en su salud. Para este proceso de restablecimiento del orden natural que le permite al ser humano reintegrarse a la sociedad en plenitud, la medicina griega posee dos caminos: uno es el curso de la vida vegetal, como el desarrollo de medicinas a través de las plantas que vendrían a representar la naturaleza que todo lo puede⁸; y el otro la intervención del arte médico, donde primaría la palabra y la escucha.

⁸ Se podría delinear tentativamente un correlato sobre qué bases fundan la cultura de la medicalización actual, las plantas forman los rudimentarios ingredientes de la medicina antigua, que de manera más elaborada extrajo de la naturaleza vegetal los compuestos químicos, principios activos, de la fabricación de

Dado que la naturaleza estaba por sobre cualquier acción del hombre, era preciso poseer ciertas características éticas, como la excelencia divina y la supresión de las supersticiones según Hipócrates, para el ejercicio del arte médico. Ambas intervenciones se desarrollaban en una línea higiénica, es decir de prevención, y otra panacea, o terapéutica. Pero un detalle destaca en la intervención del médico ya sea por la palabra o las plantas, su territorio era el cuerpo, quedando en manos de los filósofos el cuidado del alma (Duch, 2002, p. 335)

Dos cosas se desprenden de los enunciados anteriores sobre el vínculo del hombre y la naturaleza: la primera, es la comprensión del cuerpo como el medio natural del hombre y la segunda es la afirmación de que el estado natural de ese cuerpo es la salud; de ambas podemos agregar que la salud se vincula a un cuerpo bello. La imagen divina representada en el arte y considerada un referente a seguir define los márgenes de esa belleza, por lo tanto de la salud.

Hasta ahora pareciera que la salud se vincula directamente con lo visible, donde el hombre enfermo es portador de fealdad, pero hay que insistir que no sólo el cumplimiento de los parámetros corporales en su dimensión visual configura esa belleza, sino también la calidad y cualidad de sus acciones en el mundo, entendiendo que una cojera provocada por un dolor en las entrañas, un andar jorobado consecuencia de dolor de espaldas o la emisión de sonidos al respirar presa de un resfrío desvían el marco ideal del *saber hacer* de la belleza divina. En este sentido la salud tiene exigencias de apariencia, aspecto y **performatividad del cuerpo**.

La presencia de enfermedad sería desequilibrio de la naturaleza y/o un esfuerzo de la naturaleza por producir un nuevo equilibrio, es decir que o el organismo carece del equilibrio natural o bien desarrolla la enfermedad para curarse. En esta particularidad la enfermedad vendría a ser un llamado de atención para que el humano que ha salido de las normas sociales retorne a su estado previo, pero debemos entender que si se busca la técnica médica es porque se desconfía de la naturaleza en sus dos opciones terapéuticas: la medicina de las plantas y el curso de la enfermedad.

medicamentos para la medicina alópata. Coincide pues la valoración por sobre toda otra acción de estos agentes y la frecuencia en el uso de medicamentos como la base incuestionable en muchos tratamientos médicos.

Entendemos que ha aparecido una enfermedad porque se ve o se siente distinto de lo regular, pero tal como señala Canguilhem, entre más se avanza en el estudio de las enfermedades más se delinea la norma (1971, p. 28). La anomalía resalta por diferenciarse del fondo, pero también opera como un efecto de extrañamiento que permite ver con más claridad aquello que dábamos por sentado “El valor de todos los estados mórbidos consiste en que muestran a través de un vidrio de aumento determinadas condiciones que, aunque normales, son difícilmente visibles en el estado normal” (Nietzsche citado en Canguilhem, 1971, p. 22), así la enfermedad hace detenernos en aquello que se hace ciego a la vista por su normalización. Identificamos una enfermedad cuando se produce una variación perceptible por quien enferma, por el médico u otro, asequible a la vista o no. Podríamos decir que tal como se estructura el modelo de extrañamiento de Bertold Brecht⁹ es que identificamos la diferencia en relación a una continuidad homogénea, se permite así desde un punto referencial conocido dar cuenta de aquello que no concuerda. Esta relación para observar la enfermedad es la constitución de su existencia.¹⁰

⁹ El extrañamiento, o distanciamiento, en el teatro de Bertold Brecht se comprende como un proceso que rompe con la estructura de emitir y percibir el teatro del s. XX. Brecht se opone a las formas que mantenían hechizados a los espectadores (dormidos despiertos) y reclama el derecho del teatro a ser un lugar para pensar (Brecht, 2019) (Becht, 2004). Esto quiere lograrlo a través de la ruptura de la identificación emocional entre el espectador y el espectáculo. Por el contrario en teatro al que se opone, por ejemplo el sistema Stanislavski, fuerza sistemáticamente la identificación del espectador, si el actor ríe el espectador ríe. Stanislavski por su parte, más que concentrarse en el efecto actor-espectador se concentra en producir una identificación entre el actor y su personaje, de modo tal que la vida sobre la escena sea tan verosímil que sea confundida con la vida misma “La pequeña palabra “sí” (si yo fuera esto e hiciera esto y no otra cosa...) hace que yo sí pueda vivir de este modo” (Stanislavski, 1994, pág. 221). El extrañamiento desestabiliza la pasividad del espectador y lo obliga mediante mecanismos escénicos a recordar que está en un teatro y que lo que ve es una ficción, es esa ficción que lo invita a pensar. El modelo de extrañamiento de Brecht ofrece una estructura para el análisis basada en la distancia con la actuación, es decir, entendemos dado que nos des-identificamos. Somos críticos e inquisidores (Balme, 2013); se hace extraño lo que está normalizado, y comprendemos que no porque algo ocurra constantemente es correcto, real y estático. Sólo cuando un fenómeno se hace extraño, llama nuestra atención y nos obliga a mirarlo. Brecht propone tres estrategias distanciadoras: cambio temporal (permitiéndole al espectador no ser el protagonista de la historia), el uso de lenguaje en tercera persona y la emisión verbal de las didascálicas (Balme, 2013) (Becht, 2004). Para nuestro caso de la determinación de la enfermedad: sentimos que la performance de la enfermedad no es propia de nuestro repertorio, podemos nombrarla fuera de nosotros o recibir el nombre de ella para poder mirarla fuera de mí, y la comprenderemos en su explicación nosológica y no sólo como experiencia corpórea personal.

¹⁰ Pese a que una perspectiva propiamente teatral será desarrollada en la tercer parte de este documento, es inevitable dar cuenta de que Artaud visualizaba en la idea de enfermar una similitud con el teatro. Para el autor de El teatro y su doble, la enfermedad era un acto gratuito e innecesario, tanto como el teatro. Ambos lleva “al espíritu a la fuente misma de sus conflictos” (Artaud, 2005) y porque exteriorizan la crueldad latente en el ser humano. Entonces no será este proceso de análisis intelectual el que devenga en la comprensión de la enfermedad, sino que el enfrentamiento del hombre con sus pasiones o, el hombre enfrentado a la muerte a través de la enfermedad donde emanan todas las posibilidades del espíritu sin relación con la performance individual de la vida cotidiana (Agamben, 2009)

1.1.2.1. El problema de la variación de la norma

Como adelantábamos al hablar de las patologías, la enfermedad puede ser considerada una variación cuantitativa del estado de salud hacia un exceso o escases de procedimientos naturales fisiológicos (Canguilhem, 1971), pero existen fenómenos de sobre-excitación de órganos que son consideradas como movimientos normales del organismo. Es posible que el cuerpo en una reacción inmune, o de procesos naturales dispare la producción de tal o cual encima:

Selye ha establecido que fallas y desórdenes del comportamiento, así como las emociones y fatigas que engendran, producen al reiterarse con frecuencia una modificación estructural de la corteza suprarrenal, análoga a la que determina la introducción en el medio interno de sustancias hormonales — impuras o puras pero en elevadas dosis— o bien de sustancias tóxicas. Todo estado orgánico de tensión desordenada, todo comportamiento de alarma y de stress, provoca la reacción suprarrenal. Esta reacción **es normal**, si se tiene en cuenta la acción y los efectos de la corticosterona en el organismo. Por otra parte, tales reacciones estructurales, que Selye denomina reacciones de adaptación y reacciones de alarma, afectan tanto la tiroides y la hipófisis como la suprarrenal. Pero esas reacciones normales (es decir, biológicamente favorables) terminan por desgastar el organismo en caso de repeticiones anormales (es decir, estadísticamente frecuentes) de las situaciones que generan la reacción de alarma. (Canguilhem, 1971, p. 38) [El énfasis en mío]

Estas reacciones adaptativas en sí no constituyen un daño al organismo; lo particular del pensamiento que está siguiendo Calguilhem es que equipara reacciones normales con biológicamente favorables, es decir, que no es la normalidad de la estadística o de la regularidad del proceso, si no que normal será aquello que no haga daño y el daño causado deberá depender de la frecuencia con que una acción inocua se repita, es una normalidad de la medida. Las desviaciones de la media se convierten en normales si generan reacciones favorables en el cuerpo, es decir que ciertas anomalías pueden ser reacciones del cuerpo en búsqueda de mejores resultados en otras dimensiones. Por ejemplo la misma reacción normal ante un estresor que Seyle llama *reacción alarma* y que es el proceso de

corticoesterona aquí mencionado, tiene consecuencias sobre las amígdalas y el hipocampo, desencadenando finalmente un agotamiento y desgaste físico y emocional (Duval, González, & Rabia, 2010, p. 308) pero que, de volverse repetitivo, traería consigo consecuencias negativas. Si la enfermedad es, según la mirada griega, un proceso para recuperar un equilibrio moral y físico, y bajo el prisma de la desviación normal, la aparición de la anomalía vendría dada por una valoración posterior, técnica o sociocultural:

Definir lo anormal por lo demasiado o por lo demasiado poco, significa reconocer el carácter normativo del denominado "estado normal". Este estado normal o fisiológico ya no es sólo una disposición develable y explicable como un hecho, sino la manifestación del apego a algún valor. Cuando Bégín define el estado normal como aquél en el cual "los órganos actúan con toda la regularidad y uniformidad de que son capaces" no podemos vacilar en reconocer que, a pesar del horror que toda ontología inspiraba a Broussais, un ideal de perfección planea sobre este intento de definición positiva. (Canguilhem, 1971, p. 33)

Si la norma esconde un ideal de perfección, la desviación de la norma, aquello que nos mantiene en el sistema de la norma pero en un estado ausente de ella, esconde la imperfección y no poder cumplir con las exigencias valóricas de tal o cual sociedad. ¿Puede un ser que no da la altura de las exigencias sociales seguir siendo, seguir sintiéndose, parte de la sociedad? La dualidad normal-anormal no es equiparable a norma-anomalía, esta última no es la ausencia de la norma sino que su desviación fuertemente vinculada a lo que fue, entonces la anomalía es la constante tensión de ser parte y no serlo.

En su búsqueda por conocer el origen de la enfermedad, su avance tecnológico y el mejoramiento de las técnicas la medicina, inserta en un proyecto de desarrollo de diversas áreas técnicas, ha logrado consagrarse como la ciencia proporcionadora de salud, de modo que asegura la posibilidad de ser parte íntegra y funcional de la sociedad (Cerecedo, Tovar, & Rozadilla, 2013) (Foucault, 2004). En este afán de la medicina moderna por otorgar normalidad y medida al cuerpo enfermo, aun cuando exista consciencia del límite del arte de sanar, la ECNT suscita el problema de si en la cronicidad se puede volver a tener una *vida normal*. Esto deja fuera de la discusión la posibilidad de comprender la anomalía como

una desviación total de la norma, y genera expectativas sobre recuperar aquello que se era y ya no se es. Además esta idea se ha sustentado en la búsqueda de responsabilidades del paciente sobre su propio cuidado (autocuidado), haciéndose mucho más fuerte el peso de la voluntad.

Podemos comprender esto pensado en el *ejercicio del poder* en medicina como ciencia autorizada que delimita las normas, sin desmerecer que el drama de enfermar, asociado como ya hemos visto a estados de desagrado que complican el estar en el mundo para la persona enferma en tanto persona (y sus allegados) necesite del restablecimiento de la salud. Ahora bien, una cosa es la normatividad del estatuto de salud y otra la normatividad social de las prácticas cotidianas que son fundamentales al hablar de ECNT, vemos que tal vez el discurso normativo de la medicina y de la sociedad de consumo no ejercen el mismo poder.

La base del cumplimiento del estatuto de salud funcional (no será lo mismo que una salud en estado de *holos*, compleja en relación al cuerpo del propio humano como un todo, al cuerpo colectivo y al cuerpo con el cosmos) en la medicina moderna será el paradigma del control, tanto desde el control del médico, como del auto control en la actualidad.

1.1.3. El problema de la teratología

La teratología es la ciencia abocada al estudio de las anomalías y en la actualidad, desde la aparición de la ingeniería genética, se ha dedicado al estudio embrionario, malformaciones congénitas, estudios de genoma, etc. Pero el concepto en sí esconde ciertas sutilezas que el uso, el exceso de sinonimia y las traducciones a lo largo del tiempo han modificado. Proviene del griego *theras /teras/* que es monstruosidad o prodigio, y *logos*, tratado (Santiesteban Oliva, 2003, p. 63). Para la definición del diccionario será “*f.* Estudio de las anomalías y malformaciones en organismos animales y vegetales, en especial de origen embrionario” (Real Academia Española, 2014).

La *monstruosidad* se relaciona con lo visible, a través del *prodigio*, aquello que excede los límites regulares de la naturaleza nos maravilla (y asusta por su señal de lo desconocido) y la raíz de *mirabilis* se encuentra en la palabra mirar (Santiesteban Oliva, 2003). Entonces el monstruo es visible y reconocible por su desviación de lo no monstruoso, y es que se ha

asociado la anomalía, a través de la teratología a aquello visible. Aun así, es posible pesquisar una vía de lectura de lo anómalo que no esté supeditada a un reconocimiento visual, o por lo menos no de primer orden. La anomalía ha venido a acrecentar la idea de lo desviado en el *theras*, con un énfasis no sólo en el impacto y reconocimiento que produce lo monstruoso, sino también en su dimensión de discrepancia.

Si la teratología biológica contiene el estudio de las anomalías no visibles, no es tan sólo un asunto de semántica, sino que también histórico de la mano de la patología biológica que determinó factores congénitos y ambientales que modifican un cuerpo *normal*, pero en el interior del cuerpo, en las zonas que el ojo sin máquinas no puede llegar. Aquello que puede ser percibido por la vista, incluso por una mirada desentrenada en especialidades biológicas, es espectacular en relación a una anomalía que no se ve, pero con el viaje de la medicina hacia el interior de los cuerpos, su división, disección, inclusión de la fisiología y tecnologías para acceder a lo no visible en la capa de contacto con el mundo (piel y acciones), las anomalías invisibles hallarían un medio de visualización. Es preciso notar que el acceso y definición de lo anómalo en la anatomía clínica no significa una resonancia inmediata ni clara con la sociedad ni el enfermo. ¿Cómo hacer de un cuerpo extraño la bifurcación de la salud si no puede verse? Sería posible convocar dos ideas, la primera tiene que ver con que una anomalía invisible puede percibirse por el mismo enfermo, y la segunda con que además del hecho de que al ser reconocido como anómalo me constituyo en anómalo, la manera en que realizo las acciones puede constituir mi anomalía; con esto queremos llevar la anomalía invisible a la dimensión de la performance social o cuerpo en acción.

En el área de la construcción de la anomalía por el reconocimiento de la comunidad, el escenario médico de la clínica supone la separación de la condición anómala de la sociedad otorgando esa calidad a quien está enfermo, administrando su control y resguardando a la población de los casos más indeseables tanto en términos de contagio como de repulsividad (Foucault, 2004). Aclaremos pues que no es deseable que broten epidemias de enfermedades contagiosas, ni buscamos que la atención clínica cese su labor, incluso el rol restrictivo de la internación clínica es un asunto de salud pública o de protección de la vida; simplemente abordamos la relación clínica/teratología en la construcción del cuerpo

anómalo. Es el lugar diseñado para observar la enfermedad (Foucault, 2004, p. 82-83), y si esta es desviación, es el lugar de la teratología. Si al dar lugar o escenario a las enfermedades en una especie de casa de anomalías, dispuestas de manera decidida para ser observadas y en sus inicios para la erudición de más médicos, se está en la clínica en tanto ya se es anómalo, la clínica busca dar nombre a las cosas, es decir, el paciente que es anómalo está en el espacio indeterminado durante el cual el médico discierne qué es lo que lo convoca, que es lo que lo llama a ese ejercicio. La anomalía en la clínica causa curiosidad por ser liminal no responde a la norma-salud, pero no ha sido nombrada aún, estar enfermo para la clínica se convierte en un limbo donde la enfermedad emerge en la vida o se convoca la muerte.

1.1.4. La paradoja de la medicina

La célebre cita del Dr. Knock, ““Un hombre sano es un enfermo que se ignora” (Le Breton, 2002, p. 14), personaje principal de una comedia francesa de los años 50 basada en una obra de teatro de 1923 de Jules Romains, nos introduce en la discusión de la legitimación de la medicina y a la paradoja en la que, según Foucault, se construye la misma. Si la delimitación de la anomalía viene dada por el ejercicio de un control, y este está institucionalizado, ha debido de instalarse no sólo por la fuerza, sino por una legitimación que permita su reconocimiento. La legitimación de la medicina en Europa, particularmente en Francia vino de la mano de la universidad y la renovación de la misma que se adjudicó el poder de validar los conocimientos, pero debió enfrentarse a los saberes que se legitimaban en la cultura oral, transmitida de boca en boca. La presencia de curanderos puesta al mismo nivel de charlatanes y vendedores ofrecía a las personas un conocimiento de la sanación con un lenguaje más asequible y con una eficacia simbólica arraigada en la cultura, el médico moderno que tecnifica el lenguaje legitima su conocimiento en la ignorancia que tiene el paciente de su técnica, puesto que, como señala Le Bretón, “Se trata de visiones del mundo, de enfoques opuestos sobre el cuerpo y la enfermedad, en fin, dos concepciones del hombre” (2002, p. 175).

Esta construcción de la especificidad médica, conectada con el posicionamiento de la enfermedad como centro del interés médico, se desarrolló fuertemente luego de la

revolución francesa de 1789 donde se cuestionó la legitimidad del médico pre-moderno. Dado el vínculo entre la medicina, los hospitales y la caridad, quedó en evidencia una relación entre atención médica y precarización de la enfermedad en la pobreza, por lo que se razonaba que una vez triunfado la revolución, no habría sentido para el sufrimiento y los hombres, libres del ejercicio de poder por otro hombre no habrían de padecer. Aquí se extraen dos ideas, la primera: que el abuso de un hombre por otro hombre es origen de la enfermedad, o por lo menos su facilitador, y segundo: que el mal del cuerpo del hombre se podía curar en tanto se curara el mal de la sociedad, siguiendo esta última hebra podemos hablar también de enfermedades para cada sociedad (Foucault, 2004, p. 70-71). Esto nos lleva a preguntarnos por las enfermedades modernas, las ECNT. La paradoja se arraiga en el hecho de que existe un aumento de los pacientes enfermos en tanto aumentan los descubrimientos y avances en tecnologías de la salud (Cerecedo, Tovar, & Rozadilla, 2013, p. 537). Hoy, tomando en consideración ese dato pareciera que no sólo a la medicina moderna le compete tener autoridad acerca de la salud ¿Por qué existe más malestar si contamos, en los países desarrollados y en vías de desarrollo, con más y mejores tecnologías tratamientos, diagnósticos, médicos especializados?

1.1.5. Zoé y bios: enfermedad y vida hacia una anomalía social de los cuerpos

Si el problema de la enfermedad en la actualidad necesita pensar no sólo en la dimensión biológica, existe una discusión pertinente acerca del concepto de vida. La enfermedad pone en entredicho nuestra vida, como dice Foucault “Porque el hombre puede morir, es que enferma” (2004, p. 220), cuando la medicina se da la tarea de oponerse a la enfermedad y promover la salud lo que está protegiendo es la vida (Canguilhem, 1971), pero dependiendo de qué consideremos *vida* se dará un marco distinto de acción para su práctica ¿No es acaso la vida *una* y que se manifiesta en el derecho más básico del ser humano?

En la Grecia antigua *vida* tenía dos morfemas semánticamente distintos y utilizados para el humano: *zoé* que designaba el simple hecho de estar vivo y *bios* que hacía referencia al cómo vivir (Agamben, 2001) (Agamben, 2006) De este modo ante la presencia de una enfermedad era necesario revisar tanto el estado de la *zoé* como de la *bios*. En la actualidad dicha salvedad no opera, la contracción de los significados ha movilizado la comprensión de la *bios* desde el conocimiento científico equiparando el-hecho-de-estar-vivo con la vida,

dejando fuera de la ecuación los modos de vivir. El recorrido del positivismo científico, en la medicina biologicista, la anatomía, la anatomía clínica y la fisiología como procesos todos de la constitución de la medicina moderna que como hemos visto, ha desplazado la experiencia de enfermar por un estudio de la enfermedad. De este modo, vida y el hecho de estar vivos se convierten en una sola cosa, o de otro modo, la vida es simplemente el hecho de estar vivo, la *nuda vida* (Agamben, 2001).

La atención sobre la enfermedad y no del enfermo ha aportado esta idea de *nuda vida*. Hacemos parte aquí la discusión planteada por Negri sobre la propia percepción de la nuda vida, puesto que aun cuando existen poderes políticos y sociales que convierten vidas en vidas desnudas, ello no impide hacer experiencia de la propia libertad y generar agencia. Esta perspectiva es relevante para la comprensión de la nuda vida en la experiencia de enfermar y de ECNT, y no sólo en su idea: un accionar político que desnuda vidas y vidas que son vividas investidas de su historicidad (Negri, 2009).

Si la ciencia médica moderna se ha hecho poseedora de un conocimiento autorizado y de la gestión de los cuerpos en nombre de la vida¹¹ (Foucault, 2004), la defensa de la funcionalidad de la máquina biológica se convierte en una cruzada ética. Esto no es en ninguna medida una responsabilidad propia de la medicina, no podemos ser ingenuos y dejar fuera de la ecuación los intereses de potentes actores económicos y políticos¹² que influyen (o determinan sin diálogos) el accionar médico (Ilich, 1975). La idea del

¹¹ Si bien Foucault señala que la medicina nada tiene que ver con la vida y la muerte “Incluso cuando el médico, en su trabajo, arriesga su propia vida o la de otros, se trata de una cuestión de moral o de política, no de una cuestión científica. Como dijo A. Lwoff, letal o no, una mutación genética no es para el médico ni más ni menos que la sustitución de una base nucleica por otra” (Foucault, 2009, pág. 54), comprendemos que para el autor la medicina reconoce límites de la vida y por ello ha decidido trabajar la enfermedad; y por otro en que la enfermedad es la posibilidad de experimentar la muerte en vida. En cierto sentido esta observación reclama a *la vida* su derecho de ser considerada más que *nuda vida* en la medicina.

¹² Muy interesante es un caso documentado en el libro *Twelve patients: Life and death at the Bellevue Hospital* (Manheimer, 2012) donde el autor, que además fue director del hospital, relata que una trabajadora de la limpieza del hospital poseía una configuración familiar que se atendía por diabetes en la institución: su madre, ciega por las complicaciones de la enfermedad, su hija fallecida durante el relato por un grave coma diabético, y su nieto menor de edad con diabetes juvenil. Luego de la muerte de su hija e inspirada por darle una mejor salud a su segundo nieto recién nacido, renuncia a su trabajo y comienza a participar de una organización en contra de la industria alimenticia estadounidense. El relato cierra con la impresión que se lleva el médico cuando la mujer le pregunta por qué si el hospital promueve una vida saludable con charlas y programas contra la obesidad, en cada equina de cada piso existen máquinas expendedoras de dulces, golosinas, frituras y sodas. El ejemplo permite comprender la complejidad de actores que intervienen en el problema de la salud y la enfermedad, tanto a nivel micropolítico: la vida cotidiana de un enfermo; como a nivel macropolítico: las grandes batallas de las distintas industrias como la alimentaria, la farmacéutica, las empresas de seguros, entre otras (Ilich, 1975).

cuerpo-máquina acompaña el vaciamiento de sentido de la vida: aparecen entonces los cuerpos funcionales y los no funcionales. Duch se refiere a este proceso como aquel en que la medicina moderna sólo se preocupa de las “averías” del cuerpo humano” (2002, p. 373)

La sociedad, no sólo la medicina, separará entre cuerpos funcionales y no funcionales (aptos para la vida, esta vida de la que venimos hablando, y no aptos). El problema, que estamos construyendo a lo largo de este capítulo, es que la historia de la medicina ha levantado y analizado un paradigma médico del desarrollo técnico, que en el escenario que plantea Giorgio Agamben y Michel Foucault es administrador de la vida funcional. Pero tres puntos álgidos interrumpen ese modelo, el primero de ellos es la duda planteada por Negri donde no somos capaces (aún) de existir sólo en el plano funcional; segundo es la proliferación de terapias, a veces generadas por un mercado de la patologización de la vida tanto *nuda vida* como melancolía de un modo de vida; y finalmente la ECNT.

El punto de atención de las terapias alternativas, dulces o complementarias, como se suele llamar a las prácticas de sanación no administradas por la medicina científica moderna (Besio & Serani, 2014), son las prácticas de la vida. La búsqueda de sentido por los que la enfermedad se ha provocado revisa no sólo el funcionamiento de la *nuda vida* sino que investiga, con mayor o menor eficacia simbólica en la historia de vida, en la construcción familiar, en los vínculos interpersonales y las prácticas diarias. Por otro lado la ECNT no se fundamenta sobre la idea del contagio, sino que nace a raíz de prácticas alimenticias, genética, sedentarismo, etc. como ya ha señalado la OMS y nosotros lo hemos reiterado insistentemente en este documento. El protagonista es la forma de vida, el *bios* en su comprensión de la Grecia antigua.

Cuando un patógeno es identificado, se le ataca con los medios que la medicina y su tecnología han desarrollado; si el origen, o uno de los orígenes, de la ECNT están en los modos de vida, en el habitus ¿Cómo atacar a la vida? Esta paradoja sobre el origen del cuerpo anómalo provoca una reacción que se ha llamado por algunos autores *lucha contra la vida* (López Petit, 2014) y representa una sensación de inconformismo con los modos de vida que priman en la sociedad, particularmente occidental, que desencadenan estas enfermedades.

Cuando la medicina ha aportado a aumentar la calidad de vida, prolongado el hecho de vivir y fermentado el escenario para enfermedades crónicas nacidas de los hábitos no saludables enraizados en nuestra cultura, la anomalía corporal podría ser más que un grupo de marginación, una posición para la rebelión, o potencial de rebelión al único estilo de vida permitido, la *nuda vida*. Para comprender esta idea de la anomalía corporal como rebelión revisaremos un ejemplo de este siglo y acontecido en una sociedad latinoamericana que nos parece paradigmático:

1.1.5.1. El problema sicogénico de la marcha de la Villa de las niñas, México 2007

Para ejemplificar la idea de la lucha contra la vida que se produce en un paradigma de *nuda vida* (López Petit, 2014), que ha venido a ser la idea en que decanta nuestro recorrido teórico semántico de la enfermedad, revisaremos un análisis sobre la llamada *histeria colectiva* de 500 niñas y adolescentes que en 2007 perdieron la capacidad de caminar en un corto periodo de tiempo al interior de un internado de monjas católicas coreanas en México (Ramírez, 2013; 2014). El internado ofrecía de manera gratuita educación, comida y cuidados a niñas de las zonas más pobres de México que ingresaban vía selección, en el recinto se practicaba tanto la medicina como una alimentación acorde a la región de Corea¹³. Las niñas abandonaban su dieta rica en granos, no podían llamar ni escribir a sus padres y el correo enviado por estos era requisado por las monjas (2014, p. 10). Para la organización interna contaban con el apoyo de estudiantes destacadas que ejercían como líderes de grupo denominadas *ate* (que significa hermanas), se organizaba por edificios (fase) y por grupo de dormitorio (familia).

El impedimento colectivo para caminar fue denominado por los especialistas del gobierno, médicos, psiquiatras, psicólogos y antropólogos que intervinieron ante las sospechas de alguna epidemia, como trastorno sicogénico de la marcha, es decir de origen psicológico. Esta perspectiva operó sobre la opinión pública, sobre las niñas y sobre las monjas responsables como una explicación que situaba el origen de la enfermedad en las mentes de cada niña, que como en un juego de espejo imitaron el proceso histórico. Según los relatos

¹³ Particularmente la *moxibustión*, técnica de acupuntura que consiste en la cauterización por medio de ignición o quema de un producto sobre la piel.

recogidos a las niñas que enfermaban comúnmente no se les daban los cuidados necesarios y las que enfermaban de este impedimento de caminar se les relegó a los pisos más altos del edificio dejándoles la comida en el pasillo (2014, p. 17-18). Las familias no fueron informadas hasta desatado el escándalo público.

La catalogación del trastorno psicogénico, de esa nomenclatura como diagnóstico (que no es más que una descripción fenomenológica de lo ocurrido) dejó de lado un análisis sobre la manera de vivir al interior de recinto y cómo esas prácticas afectaron las capacidades corporales de las niñas. Podríamos decir que la extenuante jornada de trabajo, la ruptura de los lazos familiares y sociales, las políticas de proxémica con los docentes y el impedimento sobre las redes de cuidado entre niñas¹⁴ provocaron una debilidad corporal, que fue la única medida de terminar con dicha rutina. No nos referimos a un proceso consciente ni de fingimiento, si no que la corporalidad se anomalizó en reacción a un estilo de vida.

Esta relación entre la vida vivida, el internado, y lo que se quiere vivir, que no es más que el impulso vital que reclama un modo de vida subjetivo y libre, es la lucha contra la vida de la que habla López-Petit (2014). La enfermedad es pues una reacción ante una vida que no quiere ser vivida, puesto que sólo se nos ofrece como nuda vida. Al contrario, *mi* vida (la de las niñas) no se reduce a procedimientos desnudos, y el *cómo vivir* toma un importante papel. El teatro abre la perspectiva de la interacción social (Goffman, 2001), de la expectación del otro (Féral, 2004) y de las técnicas corporales (Volli, 1988), que permiten ver aparecer este cómo vivir.

En el próximo capítulo revisaremos cómo se establece la comprensión de la enfermedad crónica, sus consecuencias para el sistema de salud y relevancia para la región de Chile, aterrizando la idea de cuerpo anómalo no sólo como el cuerpo enfermo, sino como una posición de potencial y disputa de lo político. Esto nos ayudará a comprender una dimensión micropolítica de las prácticas de teatro en otros sistemas sociales y el rol del cuerpo anómalo como perspectiva de trabajo.

¹⁴ En el relato de Lili se puede revisar como las niñas trabajan tanto en el campo como en una fábrica de ropa, cómo se le castigaba por intentar llamar a sus padres, cómo a los docentes se les solicitaba mantener una distancia de 1,5 mts y cómo al enfermar le prohibieron a sus compañeras asistirle (Ramírez, 2014).

1.2. NUEVOS PROBLEMAS Y NUEVAS MIRADAS: INTUICIONES EN EL CAMBIO DE PARADIGMA

Realizada esta revisión sobre la enfermedad y su rol en la medicina moderna, es necesario comprender que no es un paradigma que se presente totalmente rígido en la actualidad. La apertura a otros métodos terapéuticos se hace cada vez más común, la idea de complementariedad terapéutica se extiende cada vez más entre los profesionales de la medicina. No es infrecuente que los pacientes acompañen sus tratamientos alópatas con alguno otro alternativo en conocimiento de su médico (Le Breton, 2002), (Besio & Serani, 2014), (Duch, 2002). Pero también la propia medicina como disciplina ha generado espacios para ampliar su margen de acción, hemos observado que lo desarrolla a) con programas de extensión y educación para funcionarios y pacientes en escenarios médicos b) la creación de modelos de atención pensados en mejorar la relación médico-paciente, y c) el desarrollo teórico metodológico de la antropología médica, que busca develar las zonas que la medicina biologicista desdibuja (Ramírez, 2014; Hamui, Paulo, & Hernández, 2018).

Por su parte la ECNT ha significado un desafío para estas nuevas perspectivas que deben construir recursos aptos para hacerse cargo de ella. Revisaremos una comprensión de la enfermedad crónica en el escenario de los cuerpos anómalos y algunas de las estrategias/perspectivas médicas que dan paso al diálogo entre el teatro y la medicina en los casos de estudio fuente para esta tesis.

1.2.1. Cuerpos anómalos y enfermedad crónica

La enfermedad crónica no transmisible (ECNT) se ha convertido en uno de los principales problemas para la ciencia médica, representada a través de la institucionalidad de la OMS que se ha dado a la tarea de combatir esta llamada *epidemia mundial*¹⁵. Las ECNT, catalogadas en 4 tipos: cardiovascular, diabetes, cáncer y respiratorias, son enfermedades producto del aumento de la esperanza de vida, malos hábitos, y por su carácter de

¹⁵ La palabra epidemia aquí se utiliza como metáfora dado que no existe contagio en los términos patológicos de ningún agente.

cronicidad se ha convertido en un problema de salud pública en especial en regiones del globo donde la asistencia médica social no cuenta con grandes cifras de funcionarios ni presupuesto:

(...) ocasionan dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe, y casi la mitad de todas las defunciones en el grupo de edad de menos de 70 años. Además de ocasionar muertes prematuras, estas enfermedades dan lugar a complicaciones y discapacidades, limitan la productividad y requieren de tratamientos costosos. Aunados a la disposición genética y a la edad, los factores de riesgo que contribuyen a estos padecimientos incluyen una mala nutrición, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo inmoderado de alcohol; otros factores son la hipertensión arterial, los niveles altos de colesterol, el sobrepeso y la obesidad. (OMS, s.f.)

Este factor de riesgo ha motivado la acción disciplinar para dar solución al problema que colapsa el sistema mismo, la política del control médico ha sido movilizadada hacia la política del auto-control, o como lo han llamado, el *auto-cuidado*. La reacción no sólo ha sido disciplinar y la problemática ha querido ser abordada desde una perspectiva que garantice la eficacia, o por lo menos coopere, en la tarea de salvar/paliar la vida de los pacientes con estos padecimientos. Es en el espacio entre la vida y la muerte que también se juega la preocupación médica por este problema, pero no sólo en *el hecho de estar vivo* como ocurriría con una enfermedad contagiosa, sino que, dado que estas enfermedades no se curan, estamos ante la pregunta de *cómo estamos vivos*, y este no ha sido problema de la medicina durante mucho tiempo (Duch, 2002, p. 313-380).

Son enfermedades cuya duración excede los 6 meses y en su mayoría permanece para toda la vida. Se pueden adquirir a cualquier edad, nacer con ellas incluso, pueden ser heredadas, o heredar los factores de riesgo para desarrollarlas a futuro. Se relacionan al estilo de vida moderno, pero muchas de ellas han existido y han sido registradas desde la antigüedad, casos registrados de enfermos que padecen sed hambre constata, adelgazan y orinan abundantemente espumoso como enfermos de diabetes desde el s.XVII y la denominación proviene del s. I de manos de Areteo de Capadocia (Sanchez Rivero, 2007). ¿Entonces

porque responsabilizar al estilo de vida actual? Tampoco en una novedad actual la relación entre estilo de vida y enfermedades, en la medicina Ayurveda se asociaba la Diabetes a las clases altas, debido a que comían en grandes cantidades y presentaban obesidad, el estilo de vida del exceso era el responsable de la enfermedad. Dos factores explican su proliferación y complejidad hoy: la sobrepoblación y el aumento en la esperanza de vida, trayendo como consecuencias la inversión económica que significa para los sistemas médicos y/o estatales mantener una creciente población enferma que se prolonga en el tiempo.

1.2.1.1. Cuerpos anómalos y anomalía invisible

Por otro lado, las manifestaciones visibles de la ECNT en el repertorio corporal¹⁶ parecen no existir y si se hacen notorias es en niveles muy avanzados de las mismas. La iconografía histórica nos ha proporcionado distintas representaciones de lo monstruoso como lo anómalo, las malformaciones físicas, las amputaciones, las prótesis, son imágenes recurrentes de anomalías instaladas fuertemente en nuestros imaginarios, un ejemplo de esto lo podemos ver cuando Jerzy Grotowski conmina a los actores a realizar en la improvisación todos los clichés que posean: los gordos, los cojos, los malformados, para luego trabajar la corporalidad de manera profunda (Grotowski, 1992b, p. 70), diríamos, de manera menos visible. Pero el punto aquí no es la invisibilidad de los síntomas de tal o cual enfermedad, o la invisibilidad de la actuación, no. Es un juego sobre la manera de nombrar las cosas, y de verlas, porque para el teatro la capacidad de ver y ser visto es de suma relevancia; es la invisibilización de un tipo de cuerpo que se encuentra en estado anómalo de manera interna. Hay en la experiencia de la enfermedad crónica no transmisible un *underscore* (Pavis, 1997, p. 37-38) que no ha tenido testigos que den cuenta teórica, ni metodológicamente.

La medicina no habla de cuerpos anómalos para referirse a la enfermedad crónica. De hecho habla de ECNT, la *enfermedad*. No se refiere a las condiciones físicas, ni a esa condición en tanto ser situado en el mundo, ser corporal, performativo y perceptivo. Sino, un campo indeterminado cuya única característica es su temporalidad individual y su intransmisibilidad. Más allá de comprender intelectivamente la propia enfermedad, los

¹⁶ Entenderemos por repertorio un stock de acciones que posee la persona y que delimitan su línea de acción: nos solemos mover si ciertas maneras porque tenemos interiorizada cierta línea de acción.

pacientes *viven* la enfermedad. Es aquí cuando los estudios del cuerpo se vuelven más relevantes. En primera instancia pareciera que el cuerpo anómalo fuera invisible a los ojos, que no se manifestara. Es evidente que el entrenamiento de la mirada sobre los cuerpos es un trabajo difícil y complejo: cada cuerpo constituye en sí un universo particular con prácticas particulares. Una corporalidad no es un asunto privado e individual, si no que cultural. La *experticia* sobre el cuerpo enfermo es un escenario de disputa ideológico práctico. Es por ello que excluir los cuerpos anómalos, o buscar su normalización es una estrategia de borramiento; los cuerpos anómalos están susceptibles a desplazamientos fuera de la sociedad o a ser absorbido por ella, cuerpos enfermos, cuerpos políticos, religiosos, de distintas razas, pueden ser expulsados o fagocitados. Un cuerpo anómalo fagocitado por el cuerpo social no quiere decir integrado, sino que sufre un proceso de digestión por parte de las instituciones que esperan que deje de ser anómalo, el problema con la ECNT es que debiese calzar en este modelo pero no puede debido a su condición de cronicidad. En nuestra cultura (occidental) aún es socialmente aceptado desplazar a las personas con enfermedades mentales. Tal como lo ejemplifica Hering-Torres, ya en la edad media estos desplazamientos eran considerados una marca del conocimiento médico, capaz de discernir los parámetros de la normalidad y la anomalía dando nombre y categoría a las conductas propicias a marginar (Hering, 2008b, p. 106).

En particular las cuerpos con ECNT parecen guardar en secreto la anomalía, no será lo mismo ser reconocido por un aspecto anómalo con seña social, como por ejemplo a los judíos y la división fisionómica en 7 familias que ellos mismos han elaborado y que los hace identificables –entre quienes conocen esas categorías fisionómicas como constitutivas del judaísmo- (Hering, 2008b), que sentirlo sin ser re-conocido. El reconocimiento no es sólo una designación realizada por los otros, es una testificación de la persona en comunidad ¿Cómo ser re-conocidos? Cuando aparecemos delante de los ojos de otro, testificados en las acciones que se llevan a cabo.

1.2.1.2. Cuerpo anómalo y nueva normalidad.

Frente a la problemática de la ECNT, la medicina debe operar en aras de paliar el daño que estas pueden provocar, mantenerlas en un nivel mínimo de reactividad y ofrecer una vida normal dentro de las nuevas condiciones, este mensaje del retorno es una de las principales

preocupaciones otorgando estabilidad al paciente y construyendo una nueva normalidad, ambas apuntado a evitar el colapso del sistema de salud y colaborar al buen vivir del sujeto.

Para entender la idea de nueva normalidad, Seguin identifica dos procesos: la reestructuración del yo a partir de lo que puede el cuerpo y la reestructuración de la psique que ya se ha adecuado a ciertas posibilidades y limitaciones (1982, p. 117-118). En esta perspectiva, una vez que se reintegre a la sociedad de la mejor manera que pueda en esta nueva condición de la enfermedad crónica, el énfasis está en la adaptabilidad a las labores que se realizaban previamente a la enfermedad ¿Qué ocurre con las labores que deberán realizarse, nuevas, en la nueva condición? La nueva normalidad se funda en una adaptación que omite la experiencia de la anomalía, puesto que reduce la reestructuración a estrategias que reemplazan las antiguas que la persona ha logrado producto de su esfuerzo por construirse una imagen social. De la dimensión del hacer y estar no se contempla mucho, por ello se abre una brecha entre la instrucción de la orden médica y la performance de la vida social.

Nace en este proceso de reestructurar hacia la nueva normalidad el interés por conocer el mundo interior del paciente: “Tratamos de analizar las relaciones del paciente con su mundo y con la enfermedad. Las actitudes frente a su familia..., a su trabajo y sus distracciones (vocación y aficiones) y sobre todo su actitud frente a su pasado, presente y futuro.” (Seguin, 1982, p. 116). El mundo médico se interesa por el relato de vivencias y reflexiones que el paciente puede hacer y recurre a las entrevistas biográficas a manera de hacer sentido sobre la experiencia de enfermar. El vínculo biográfico nos permite comprender pero no abarca del todo el problema de la anomalía, tanto así que el mismo autor dedica todo un capítulo de su libro *La enfermedad, el enfermo y el médico* (1982) a enfermos famosos resaltando cómo la enfermedad propició sus procesos artísticos y/o científicos, incluyendo literatura sobre enfermedades que potencia las capacidades creativas de las personas que las padecen (Ellenberger, 1964). Es casi imposible generalizar sobre la perspectiva de vida en la enfermedad.

Estas prácticas no siempre consideran una estabilidad. La estabilidad de un paciente tiene dos ideas a la base, una relacionada con factores económicos y de las capacidades de los centros de atención para atender a pacientes *descompensados* y otra con aquella misión

cuasi ontológica que se ha atribuido la medicina moderna de mantener la vida de la manera más prologada posible. Esto último que parece ser el motivo fundante de los esfuerzos que provocan la preocupación de la saturación del sistema, no es por ningún motivo simple interés del área médica y se condice con una perspectiva de la relación vida-muerte muy propia del mundo occidental europeo blanco y colonizante (y sus transmisiones), en otras palabras no es sólo una obsesión de la medicina, sino que de una sociedad que teme a la muerte y que en base al desarrollo tecnológico ha generado una falsa expectativa obre la lucha contra esta misma¹⁷.

El esfuerzo está en el hecho de que la normalidad se funda en acuerdos sociales, unos con otros de manera explícita o no, por lo que si la enfermedad ha desviado el curso de la norma en el cuerpo, este ahora es un cuerpo anómalo en relación a una comunidad ¿Cómo genera nuevas normalidades si ha sido desplazado de su círculo cultural? Un paciente diagnosticado con diabetes debe cambiar sus hábitos alimenticios, nadie más en su vivienda está dispuesto a hacerlo o no cuentan con los recursos y tiempo que ello podría requerir ¿Cuál es la comunidad alimenticia de esta persona? Y si ella establece su régimen nuevo para sí misma ¿No sigue acaso fuera de la norma de su vivienda? Sutilmente reconocemos que la anomalía, la desviación, se hace patente en la dimensión de la vida cotidiana, la cual tiene, no sólo una reflexión, un sentido y un relato, sino que también una performance.

¹⁷ Esta lucha está presente en la cultura económica actual y de la mano del desarrollo de los países, las tasas de muerte son datos considerados a la hora de hacer participar a las naciones de tratados, fondos internacionales, listas de desarrollo, agrupaciones transnacionales, etc. La negación de la muerte se transmite constantemente en las publicidades a través de la juventud eterna. Se quiere vivir más y en mejores condiciones, entonces no sólo será el miedo a la muerte, sino que miedo al dolor, el cual será paliado con anestias, calmantes, relajantes, etc. Gabriel Giorgi se extiende sobre el concepto de la calidad de vida al tensionarlo con el de *vida desnuda*: hablar de calidad de vida supone que hay vidas sin calidad, o vidas menos dignas, aquellas han sido relegadas en el dolor y la presencia de la muerte, pero siempre en esta tensión de que no debería ser, es decir, tampoco el dolor relegado a los sujetos marginados de la fiesta de la sociedad moderna es comprendido como parte de los procesos vitales, y viene más bien impuesto por la negociación legislativa entre naciones, y el acto injusto hace temer por la propia muerte y el propio dolor (Giorgi, 2009).

1.2.2. Entrevista biográfica y comunicación dialógica

“La medicina es una ciencia social y no sólo biológica, la posibilidad de humanizarla se encuentra en la comunicación de diálogo que incida en el estado de salud de las personas, y eso se aprende, no es una cuestión intuitiva”

(Hamui, Paulo, & Hernández, 2018, p. 2)

Los nuevos desafíos para la medicina actual han llevado a concentrarse en estrategias que, si bien no son inéditas, habían quedado en el olvido en la modernización. En este “recuperar” estrategias es que el médico de familia vuelve a aparecer como un actor relevante, cuyo gesto es la preocupación por la persona enferma. El médico familiar es una figura más accesible¹⁸ y que está dispuesto a entrar en acuerdos con el paciente (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010) reconociendo que la consulta médica es un encuentro entre dos partes con expectativas, imaginarios, preocupaciones e información distinta.

Una de las herramientas utilizadas para mejorar la relación médico-paciente es la comunicación dialógica, una dinámica de interacción basada primero en el acto de usar la palabra hablada, y segundo de comprender que un diálogo se compone de un intercambio en distintas direcciones de envíos y repuestas de mensajes, el modelo del *frisbee* que se lanza, recibe y lanza nuevamente de manera interactiva, supera el modelo *del lanzamiento de la bala*, que emulando el deporte con el mismo nombre, ponía la atención en enviar un mensaje lo más preciso posible, sin contar con un receptor particular y capaz de enviar la bala de vuelta (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010, p. 1048-1049)

Esto significa para el médico estar dispuesto a un encuentro con el otro como persona con criterios y autonomía propios. El principio de autonomía es uno de los derechos y deberes que el paciente y el médico deben procurar durante su interacción, este se acompaña del principio de beneficencia que debe guiar el actuar de cualquier médico (y con ello evitar la maleficencia). Con estas dos premisas es que entre ambos debe existir un contrato social

¹⁸ A raíz de una experiencia personal, a lo largo de esta tesis me he encontrado en contacto con la dimensión médica de la atención y la hospitalaria de manera muy cercana. En conversaciones con kinesiólogas, enfermeras y tens ha surgido el concepto de *diosor*, para, de manera jocosa referirse a médicos con actitud endiosada. La imagen del médico familiar es aquella que se opone a esos imaginarios.

tácito de respeto, reconocimiento mutuo (de conocimientos, culturas, lenguajes propios) y sinceridad: la consulta requiere que ambos le den a conocer al otro la información con la que cuentan y que generen una comprensión común acerca de lo que hablan. Este acuerdo sobre lo que se está diciendo debe considerar que no todas las personas comprendemos lo mismo, independiente de la clase social o del acceso a la educación; además de existir un lenguaje técnico médico que no es compartido por el paciente, puede darse el caso que una misma palabra contenga ciertas cargas emocionales propias de la biografía del paciente que técnicamente para el profesional de la salud sean abarcables como puede ser decir *cáncer*. (Hamui, Paulo, & Hernández, 2018, p. 25-27).

Estas consideraciones, que debiese tener el médico en primer lugar, contemplan la triada de esta nueva propuesta: la mirada biopsicosocial que integra la biomedicina, las emociones trabajadas bajo la psicología y las condiciones del entorno en tanto sociocultural. Esta perspectiva ha arrojado resultados positivos sobre los tratamientos, en niveles de satisfacción de los pacientes, reducción de litigios contra médicos, y sobre todo lo que más llama la atención es que ha provocado mejoras en los diagnósticos y evoluciones de las enfermedades con sus correspondientes alivios de síntomas (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010, p. 1053).

La comunicación dialógica como una de las estrategias con resultados positivos en la relación médico paciente posee distintas etapas y técnicas propias de interacción entre la funcionalidad asertiva y la ritualización del convivio. Es también una herramienta que busca con voluntad fortalecer el principio de beneficencia y autonomía sin convertirse en un sistema paternalista, ni de prescindir de los médicos, o convertirlos en administradores de instrucciones. Es necesario comprender *quien* es el paciente que acude para descubrir cómo relacionarse con su autonomía, y tener presente los límites de la acción médica para no caer en un control que infantilice a quien busca sanar, que por lo demás sería subestimar a la persona. Es por ello que la entrevista biográfica es otra de las estrategias utilizadas: un interés en la historia de vida del paciente y no sólo su historia o ficha clínica, así se significan los signos biológicos en la historia de vida (Hamui, Paulo, & Hernández, 2018, p. 7).

Ahora bien, cuando se integra la vivencia, la historia de vida, la experiencia del paciente, estamos hablando de que el paciente construye un discurso sobre su hacer, su repertorio, su estar en el mundo, que no solo fue verbal. Muy bien es llamada comunicación dialógica, puesto que la comunicación no sólo es verbal y el diálogo en término del *frisbee* tampoco, pero no hay un énfasis en la percepción del médico de aquello extra/para/meta verbal. La revisión física sigue siendo un momento independiente destinado a los parámetros biomédicos. La dificultad para conectar la triada biopsicosocial viene bastante relacionada con los problemas de tiempo y las exigencias de los sistemas médicos, pero aun cuando los datos arrojan que los profesionales no dan abasto, los estudios sobre efectividad y uso del tiempo con médicos que aplican la comunicación dialógica arroja una diferencia promedio por consulta de 1 minuto de retraso en relación a uno que no la aplica (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010). Las dificultades para implementarla provienen de otras complejidades propias del encuentro entre desconocidos en un ámbito de la privacidad, en una situación de necesidad, asimétrica y de vulnerabilidad donde se juega, parafraseando a Foucault, con la muerte en la vida a través de la enfermedad (2004).

A raíz de estas estrategias se sienta un antecedente para la inserción de la práctica teatral en escenarios médicos, básicamente de su potencial dramático. Entre las herramientas que la comunicación dialógica ha implementado está el entrenamiento de médicos con pacientes simulados y los ejercicios de rol playing (Alvarado, 2014; Hamui, Paulo, & Hernández, 2018). Hay un supuesto del conocimiento que posee cierto teatro que podría colaborar con la comunicación: la escucha activa, el encuentro con el otro y el reconocimiento de los roles en la persona. La medicina no sólo ha tomado medidas dentro de su práctica, sino que ha integrado al paciente como co-protagonista en el tratamiento de su enfermedad bajo la idea del autocuidado.

1.2.3. Autocuidado

Es el principio de autonomía el que ha motivado un movimiento del paradigma del control médico al de autocuidado. Si bien se considera un cambio en la perspectiva de la gestión de la salud, observamos que es un cambio de manos del control. Pasamos de un control paternal a cargo de médicos, a un control individual y gestionado por sí mismo. Veremos en nuestra tercera parte de este documento que los tres grupos a los que se tuvo acceso para

poner en marcha talleres de teatro en los centros de salud familiar eran grupos denominados de autocuidado.

Para lograr un mejor manejo de las ECNT el Ministerio de Salud de Chile ha impulsado el modelo de Wagner, el cual pretende modificar la manera de enfrentar el manejo de las enfermedades crónicas, donde el responsable del cuidado es la propia persona afectada y el equipo de salud acompaña y apoya (Bodenheime, Wagner, & Grumbach, 2002). En esta ecuación queda excluida la idea de co-cuidado. Partiendo del principio teatral del espectador que puede ver al actor en relación al escenario, a la música, a los otros personajes, y ve lo que el actor no ve, entendemos que todos tenemos un punto ciego en el rol que desarrollamos en la vida. *El paciente crónico*, debe ser no sólo pesquisado, diagnosticado y tratado, sino, *cuidado en su cronicidad*, creando redes de cuidado y en ello contemplar la relacionalidad desde su cronicidad. Esto sumado a la comunicación dialógica necesaria para una nueva mirada de la medicina es que queda en evidencia que los modelos de interacción comunicacional más efectivos son aquellos en que se establece una *relación comunicativa* y no solo una *comunicación instructiva* (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010, p. 1048).

Como palabras finales señalaremos que la ECNT en su complejidad y en los retos que presenta para la medicina, y otros sistemas sociales, requiere de una cultura del cuidado, profesional o no, pero que acompañe la anomalía. Un cuerpo anómalo, con su anomalía aparentemente invisible sigue siendo *maravilloso*, es decir, necesita un testigo. Ser delate de otros y no ser borrado.

2. SEGUNDA PARTE

LA EMANACIÓN DEL CUERPO ANÓMALO A TRAVÉS DE LAS TÉCNICAS CORPORALES

2.1. LAS TÉCNICAS DEL CUERPO, UN INTERÉS DEL TEATRO, UN PUNTO DE ENCUENTRO CON LA MEDICINA.

“(las técnicas del cuerpo son) Hechos triviales, pasados en silencio, no tenidos en cuenta y autónomos, que sin embargo nos describen, aunque creemos que podemos dispensarnos de describirlos; remiten a la historia de nuestro cuerpo, a la cultura que ha modelado nuestros gestos y nuestras posturas, a la educación que ha formado nuestros actos mentales”

(Perec citado en Karsenti, 2013, p. 86)

Perec se refiere a aquellas acciones que conforman nuestro diario vivir, nada de excepcionales y tomadas por irrelevantes. Es un reclamo disciplinar a la falta de miradas que se detengn en lo que estos actos, pasados por alto, pueden ofrecer para la comprensión de la vida humana y su cultura. Señala el autor que aún cuando han sido obviadas, escoden en sí una síntesis de los conocimientos adquiridos por una cultura y su historia, pero, además de ser un objeto de estudio invisibilizado ¿Qué son las técnicas corporales? Y ¿Qué disciplinas podrían interesarse en estudiar aquellos “hechos triviales” de la vida cotidiana? Primero habría que señalar que las técnicas corporales se remiten, como el concepto lo explicita, al cómo realizamos las acciones con/a través del cuerpo. Es Marcel Mauss, sociólogo de espíritu antropológico y discípulo de Emile Durkheim, quien plantea en una conferencia en 1934, publicada en 1936 bajo el título de *Técnicas y movimientos corporales* (Mauss, 1979) que existe en el estudio de las sociedades un campo amplio e indeterminado de prácticas de interés científico que se clasifican bajo el rótulo de “diversos” y que merece un nombre que permita una línea de investigación, proponiendo el concepto de *técnicas corporales* como un paraguas aglutinador. Las técnicas corporales comprenderán aquellas prácticas como correr, nadar o comer que se realizan en la vida diaria, y el foco de su propuesta estaría puesto en la manera en que aquellas acciones se realizan; esto que parece ser un simple posicionamiento de la observación detallada de lo que se hace con el cuerpo en el espacio, implicaba en realidad la propuesta de un cambio importante en el estudio de

las culturas: significaba reconocer que el cuerpo en sí es cultural, que puede comprenderse y estudiarse en sí mismo y no obviarse como algo dado (por ejemplo ser considerado sólo fruto de la subjetividad individual de las personas).

Para un área del trabajo teatral el cómo se utiliza en cuerpo y el cómo se realizan las acciones ha sido un tema de crucial interés. La propuesta de Mauss es directamente rescatada para el teatro cerca de 50 años después por el semiólogo Ugo Volli quien se hace cargo de un capítulo del libro *Anatomía del actor* (Barba & Savarese, 1988), titulado *Técnicas del cuerpo*. A través del concepto, el semiólogo reflexiona sobre los conocimientos que el teatro posee para diseccionar las acciones como parte del proceso de construcción y comprensión de los personajes, además de identificar dos tipos de técnicas corporales: las cotidianas y las extracotidianas. Volli hace de las técnicas del cuerpo un problema propio del teatro (1988), puesto que, siguiendo a Grotowski, es el cuerpo la materialidad más estable con la que cuenta el teatro (Grotowski, 1992a)¹⁹.

La mirada expuesta por Volli, Barba y Grotowski, entre otros, que pone al cuerpo como una problemática clave a reflexionar y con el cual experimentar, se inscribe en un periodo histórico que abre un giro de la academia y la reflexión teórica. Resulta relevante situar estos trabajos en una preocupación teórica-práctica en las ciencias sociales, los estudios culturales y las humanidades por el cuerpo durante la segunda mitad del siglo XX. Giorgio Agamben (2006) atribuiría este interés a la puesta en jaque de la existencia corpórea que significó la Segunda Guerra Mundial, que dejó en la mente de las personas la imagen de la *nuda vida* desarrollada en el campo de concentración a plena luz del día. Fue Michel Foucault quien propusiera el cuerpo como el centro del ejercicio del poder en la era actual (Giorgi & Rodriguez, 2009, p. 9-10), y aunque no fue el primero en instalar el problema del cuerpo como campo de interés²⁰, si ofreció un énfasis radical sobre la relevancia de este,

¹⁹ Este interés teatral por el cuerpo en acción ha estado presente en distintos momentos históricos pero con énfasis y perspectivas particulares, tal es el caso de Henry Gordon Craig y su teoría de la supermarioneta que buscaba prescindir del cuerpo del actor (Fischer- Lichte, 2011). Hacer una genealogía del cuerpo en el teatro sería labor de una tesis completa, aquí podemos recordar trabajos como los realizados en la tradición del Teatro Nô (s. XIV a la actualidad), la Commedia dell'arte (s.XVI-s.XVIII), por nombrar algunas previas al s.XX.

²⁰ Como veremos en este capítulo la pregunta por el cuerpo ha acompañado el pensamiento filosófico desde la Antigua Grecia. Si bien es interesante constatar que de los cambios que ha sufrido tanto su comprensión como teorización, el giro que trabaja Foucault viene a complejizar la mirada de los cuerpos disciplinarios de las masas marxistas y a ofrecer un ejercicio del poder sobre cada cuerpo en tanto subjetividad.

sus prácticas y cómo era constitutivo de la subjetividad (Hering, 2008a). Durante este periodo el interés por el cuerpo y el posicionamiento disciplinar de nuevas líneas de investigación fomentó el surgimiento de estudios como los emanados del feminismo y los estudios de género que profundizaron la reflexión sobre los cuerpos femeninos, levantando preguntas sobre la representación y percepción de esas corporalidades (Mulvey, 1975), en la antropología resalta una perspectiva que buscaba des-exotizar los cuerpos otros en la diferencia cultural (Leenhardt en Citro, 2011) o el interés por cuerpos en las subculturas y grupos contraculturales con Víctor Turner a fines de los 70', afianzando su colaboración con Richard Schechner (Schechner, 2011; Citro, 2011). En este ambiente el ejemplo paradigmático es el estudio sistemático llevado a cabo al interior del ISTA²¹ con Eugenio Barba y su investigación antropológica del trabajo del actor en vínculo teórico práctico con Grotowski.

Proponer una mirada sobre el *saber hacer* obligaba a las disciplinas interesadas a observar los cuerpos como corporalidades (Fischer- Lichte, 2011) y no sólo como un medio, es decir como la experiencia corporal en proceso. Ese proceso de atención sobre el cuerpo en sí mismo no tiene que ver con el conocimiento del cuerpo en términos anatómicos. La antropología física ya se había ocupado hacia años de generar nomenclaturas fisiológicas para clasificar y analizar los distintos pueblos y razas²², estudiando el influjo del clima en los rasgos, las relaciones de parentesco y la genética. Para la inclusión de las técnicas corporales es de especial relevancia el cuerpo en acción, y esas acciones a la base de su cultura. Es decir, inseparables, de modo que cualquier intento de dividir las acciones de su crisol cultural, implicaba perder la posibilidad de comprender al *hombre total* (Mauss, 1979, p. 340). Mauss consideraba que no se podría hacer una comprensión total del humano, ergo ni de su cultura y sociedad, sino se convocaba un triple análisis: psicológico, fisiológico y sociológico. En ello inscribe su defensa de las técnicas del cuerpo que forman parte de una red de estructuras socio-culturales como parte de un ciclo de aprendizaje-enseñanza inmanente; Así definirá las técnicas corporales:

²¹ International School of Theatre Antropology

²² Si bien consideramos que este concepto está obsoleto, fue la idea fuerza de la existencia de la antropología física, y su posterior actualización, la sociobiología (Ramírez, 2016). Ambas arrastran, como la antropología en general, diatribas éticas y políticas sobre sus teorías.

Denomino técnica al acto *eficaz tradicional* (ven pues como este acto no se diferencia del acto mágico, del religioso o del simbólico). Es necesario que sea *tradicional* y sea *eficaz*. No hay técnica ni transmisión mientras no haya tradición. El hombre se distingue fundamentalmente de los animales por estas dos cosas, por la transmisión de sus técnicas y probablemente por su transmisión oral. (1979, p. 342).

El requisito de la eficacia²³ tradicional devela la naturaleza inmanente de la técnica corporal: es tanto normada como normalizadora; puesto que si una acción no es eficaz, y dado que forma parte de la construcción de la tradición, sería desechada o actualizada y así cumpliría el círculo inmanente de tradición-actualización. La eficacia es el estado de comprobación de la construcción cultural a través de las técnicas corporales.

Las técnicas corporales se encuentran en múltiples dimensiones del desarrollo humano, por ejemplo la gestión del alimento: para estar vivo el huao necesita comer del mismo modo que otros animales, pero a diferencia de ellos, prepara los elementos que compondrán dicha comida generando una postproducción a la captura y eligiendo qué comer o qué no según su religión, ubicación, idiosincrasia, etc. (Montanari, 2004). Cómo se lleven a cabo los procesos de recolección, preparación, cocción, servicio y el acto mismo de comer constituirán parte de la cultura de cada pueblo y será de interés de estos estudios sobre las técnicas corporales.

Con el estudio de las técnicas en cruce con la mirada teatral proponemos el posicionamiento del cuerpo en movimiento, en una dirección performativa que contemple como lo propone Fischer-Lichte, una corporalidad, sonoridad, temporalidad y espacialidad (2011) particulares e influyentes en el análisis. Las técnicas corporales desde esa perspectiva, puede colaborar a comprender la anomalía de la ECNT. Eric Manheimer (2012), rescata la experiencia de una funcionaria del hospital cuya familia, conformada por su hija y sus dos nietos, padecían enfermedades crónicas de tipo diabetes y síndrome

²³ Mauss no está haciendo referencia a la eficacia simbólica del estructuralista Lévi-Strauss, sino más bien a la eficacia de la interacción social en Durkheim, de ahí su énfasis en la diferenciación entre “el hombre y el animal”. Esta eficacia tiene una fuerte carga de coerción en la determinación mutua del individuo y la sociedad, la técnica corporal es capaz de introducir al individuo en la sociedad. Aquí lo comprendemos en tanto la capacidad de una acción de alcanzar su objetivo, de modo que refuerza la pertenencia lógica de la acción misma en la sociedad.

metabólico. La mujer le hacía notar sobre la incongruencia entre los programas de educación sobre alimentación y sobrepeso que brindaba el hospital y la constante presencia de máquinas de golosinas en las dependencias ¿Qué nos alumbró este relato? Que una construcción intelectual de la salud no logra salvar la distancia con la performance social que mantiene, en este caso, prácticas de alimentación de comida rápida. ¿Es acaso esta técnica de alimentación (que no se cocina, si alimentos frescos, de acceso rápido, que no se degrada a la brevedad, que está al alcance de la mano) un problema de la voluntad individual de cada persona? ¿O acaso se inscribe en una escena social donde ya ha sido integrada en la cultura? Si el trabajo del médico alcanza sólo a conocer lo que en la consulta ocurra ¿Cómo accede a las técnicas y prácticas corporales del paciente que es donde se enfrenta día a día la enfermedad crónica? Es en esta dimensión, no el escenario médico, donde se manifiesta el cuerpo anómalo: en las acciones comunicativas o no que presentan una distancia entre a performance autorizada (la práctica cultural de la alimentación rápida) y las posibilidades de integrarse o no a ella en su condición de enfermo crónico.

Este ejemplo deja en evidencia dos cosas a) que la performance autorizada, es decir, culturalmente aceptada no fomenta la cultura de la salud que promueve la medicina y b) que los enfermos crónicos se presentan como cuerpos anómalos en tanto su performance debe desviarse de la práctica cultural, modificando sus técnicas corporales. Pero además deja en evidencia que la técnica corporal no es ni personal ni voluntaria (Jackson, 2011).

Para el teatro, independientemente de cuan semiológico o cuan fenomenológico sea el análisis, ha existido el interés prolongado en el tiempo sobre las acciones. En la actuación, como arte que es performativo y no sólo verbal inteligible o narrativo, la acción encuentra una tradición arraigada en el método de las acciones físicas de Stanislavski (Knébel, 2003) y es profundizada en las vanguardias, grupos experimentales y en el teatro posdramático para el teatro moderno y contemporáneo, aunque se antecede por otras formas como el mimo, el arte circense y los juglares (Dubatti, 2008). Consideraremos que al incluir la idea de *técnicas corporales* en el teatro y en el estudio social, estamos ampliando el concepto de cuerpo más allá de los procesos biomecánicos que hemos revisado a través del interés médico en la enfermedad. La técnica corporal será en el teatro una experticia, que nos

permite entrar al mundo de los cuerpos enfermos crónicos y a la anomalía de la corporalidad.

2.1.1. Técnicas cotidianas y extra-cotidianas, o las desviaciones anómalas de las técnicas

Hay técnicas que ocupan un lugar y un estilo de realización propio de la manera en que el sujeto se desenvuelve en la vida cotidiana, sea privada o pública, y “La ley que las organiza es... la de la economía de esfuerzos y de la naturaleza” (Volli, 1988, p. 199), se perciben generalmente como naturales -aunque no lo sean- por su carácter muchas veces inconsciente; hay también otras técnicas que corresponden a circunstancias que rompen con la homogeneidad de la vida cotidiana estableciéndose como acontecimientos usualmente públicos “en el campo de la religión, la magia y de los poderes, o funcionales como las [técnicas] de brujo, sacerdote, chamán, pero también actor, orador, jefe o danzante.” (1988, p. 200). Esta definición traza una línea que remite no sólo al objetivo de la técnica –el cuerpo-, sino además a su efectividad, estatus, cualidad y calidad.

En las técnicas cotidianas podremos encontrar, entre muchas, aquellas propias de la vida privada pertenecientes al ámbito de los procesos biológicos, como lo sería la enfermedad. Una proyección del cotidiano, hacia lo privado en el nivel doméstico posiciona la enfermedad como un asunto personal e individual que se mantiene en la intimidad, primero para procurar el descanso del enfermo, segundo para evitar el contagio y tercero porque desde los siglos XVII y XIX la burguesía instala un discurso de la decencia basado en el borramiento del cuerpo (Citro, 2011; Le Bretón, 2002). La posibilidad de tocar e interactuar con los cuerpos también se convierte en una facultad profesional en el médico, y gracias a su autoridad se suspende el acuerdo tácito de esa moral. Sobre el mismo proceso de profesionalización médica, para contener esta suspensión de la privacidad del cuerpo la clínica se convierte en el escenario apto. Así, la enfermedad es trasladada a un edificio que contextualiza esta interacción y mantiene la enfermedad lejos de la vista de la vida social (Foucault, 2004). Se espera que el cuerpo anómalo, enfermo o no, no forme parte de la vida social, ejemplo de esto sería la persecución de jóvenes tildados de rebeldes a partir de su fisionomía por parte de la psiquiatría en Colombia a fines del siglo XIX. Fuertemente influenciada por el *Tratado de las degeneraciones psíquicas, intelectuales y morales de la*

especie humana de 1857 escrito por Bénédict Morel, y la teoría de la eugenesia de Francis Galton, la psiquiatría colombiana inició una campaña, extendida además a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, de higiene mental que devino en la creación de casas de menores. Estas instituciones que vincularon los conocimientos psiquiátricos mencionados al marco de legalidad criminal operante, estructuraron categorías de los cuerpos anómalos pertinentes de ser encerrados (Gutiérrez & Silva, 2016). Así la sociedad colombiana daba un lugar privado a las personas que no cumplían la norma de corporalidad asociada a estados mentales en la vida cotidiana. Las observaciones que dirigían la clasificación estaban ligadas a la manera de hablar de los jóvenes y su falta de comunicabilidad, su postura, su manera de comer infantil y poco decorosa.

En el campo de las técnicas cotidianas se incluirán tanto las denominadas privadas o personales como las emanadas del ejemplo: las técnicas más funcionales ligadas a procesos biológicos que atraviesan a distintas culturas como lo es la digestión, la limpieza y manejo de flujos, el sexo, etc. En la consulta médica es difícil acceder a las técnicas del cuerpo de la vida cotidiana, el médico puede percibir mediante sus sentidos el cuerpo que las técnicas han moldeado, pudiendo no detenerse en esto y en pos de tratar la patología, pasarlas por alto. Incluso puede darse la ocasión de que las técnicas que el médico promueva no tengan resonancia con las condiciones de vida del paciente, por ejemplo, el escenario donde viva un paciente con bronquitis será significativo a la hora de decidir si la instrucción médica puede aceptarse o no, si no existen ventanas, ni agua caliente, ni se posee abrigo es difícil mantener una temperatura en el domicilio. Sobre esto mismo podemos hacer el detalle de que las técnicas cotidianas son parte del proceso de culturización, de modo que en una misma cultura pueden producirse a través de estas técnicas, subculturas, o *desviaciones anómalas de las prácticas corporales*.

Las desviaciones anómalas de las prácticas corporales son parte fundamental de la construcción de los cuerpos anómalos, pues requiere de una relación entre la práctica establecida como norma y un desfase con su performance autorizada²⁴. Una práctica

²⁴ Un ejemplo de esto, aunque fuera del ámbito de la medicina, es lo que los reclusos llaman *Tirar huíncha*, que corresponde a una caminata en solitario, pareja o grupo que traza una línea recta en el suelo y recorre una distancia en un sentido, gira y retorna en sentido contrario sobre los pasos ya andados, la secuencia se repite indefinidamente hasta que la conversación ha terminado, se disgrega el grupo o se finaliza el tiempo de caminata, suele ser rápida y la mirada -aun cuando se esté dialogando- se dirige hacia el frente en la dirección

anómala en un escenario “normalmente” construido resalta como una acción llamativa, atrae las miradas, tal como el efecto *maravilloso* (mirabilis) en la anomalía del subcapítulo dedicado a la teratología. Eugenio Barba señala que las técnicas extracotidianas y su aplicación a la escena teatral, “debe atraer la mirada.” (Volli, 1988, p. 201), aquí lo relevante no es el potencial voyerismo que la anomalía produce sino las posibilidades de desviación que las técnicas extra-cotidianas del teatro contienen:

Generalmente se produce con ellas una desviación considerable del uso “normal” del cuerpo, una alteración de los ritmos, de las posiciones, de la utilización de la energía, del dolor y de la fatiga, que puede extenderse o no a toda la actividad de un grupo o de un persona. (Volli, 1988, p. 200)

Habría, pues, ciertas claves que las técnicas corporales abren sobre los cuerpos anómalos y principalmente estarían relacionadas con la desviación de los gestos de lo que se consideraría normal. Tomemos por ejemplo el caso de una artrosis de cadera sin tratar, la imposibilidad de depositar el peso del cuerpo sobre la cadera dañada exigirá al cuerpo una reestructuración en su caminata, volviéndose otros músculos más activos en el ejercicio, lo que en kinesiología se conoce como compensación (Gómez-Ferrer Zapiña, 2005-2006): los músculos lumbares opuestos, el CORE²⁵, muslo y gemelos opuestos tendrán que activarse más de lo que se las usaría sin la lesión, para equilibrar el cuerpo²⁶.

Esta ruptura de la continuidad permite trazar una línea entre la técnica cotidiana y la extracotidiana a través de la anomalía. Esta guarda a) cierta teatralidad en tanto objeto de miradas, y b) un uso de la carne dislocado de la norma. Ambas proveen al cuerpo anómalo de una dimensión pre-expresiva particular que lo separa del espacio cotidiano, además de traer aparejado un esfuerzo mayor que el de la economía del esfuerzo propio de las técnicas cotidianas. Esto no quiere decir que un cuerpo anómalo es un cuerpo técnico teatralmente, puesto que su extracotidianeidad corporal no está dirigida, sino más bien emanada.

de los pasos, tiene su origen por una parte en las condiciones de hacinamiento, la disposición rectangular del espacio común (cancha) y el estado de alerta de los cuerpos (descripción basada en los cuadernos de campo propios). Es llamativo ver casos con esas caminatas en la vía pública o medio libre, con su energía, tensión, modalidad y desplazamiento, llama la atención por lo poco concordante con las prácticas de conversación alrededor: conversaciones sentadas o caminatas hacia objetivos de desplazamiento que no retornan.

²⁵ Recto abdominal, oblicuo externo e interno, transversos abdominales, músculo multifidio, músculo sacroespinal, dorsal ancho, glúteos y psoas.

²⁶ Distintos estudios de la marcha pueden dar cuenta de las compensaciones biomecánicas, destacan los estudios de la Marcha de Gilles de la Tourette y la tesis de Ramón Gómez-Ferrer Zapiña.

Las técnicas extracotidianas ofrecen un paradigma de lectura relacional que vinculan al sujeto con/en el mundo. Barba dirá sobre la preparación de los actores que para desarrollar la técnica extracotidiana “el actor no estudia fisiología, sino que crea una red de estímulos externos a los que reacciona con acciones físicas” (1986, p. 224). Para hacer experiencia, y también comprensión de una técnica extracotidiana en el cuerpo anómalo, no es necesario buscar una explicación fisiológica, sino una red de sentido situado en la propia cultura.

En la tradición occidental, el trabajo del actor ha ido orientado por una trama de ficciones, de “sí” mágicos que tienen que ver con la psicología, el carácter, la historia de su persona y de su personaje. Los principios pre-expresivos de la vida de actor no son algo frío, relacionado con la fisiología y la mecánica del cuerpo. Sino que también están basados en una trama de ficciones, de “si” mágicos, que tienen que ver con las fuerzas físicas que mueven el cuerpo. Lo que el actor busca, en este caso, es un *cuerpo ficticio* no una personalidad ficticia (1986, p. 224)

Esta idea de cuerpo ficticio, que el actor busca, podría aparecer como un cuerpo ajeno o falso, pero el juego teatral que busca un cuerpo ficticio a través de técnicas extracotidianas y desviadas de la norma social cotidiana no busca el disfraz, la farsa y la mentira, busca reconocer el propio cuerpo y su conexión técnica con estímulos específicos que le permiten encarnar una posibilidad aparentemente ajena.

2.1.2. Los No desplazamientos en el espacio

Como nos hemos referido en este capítulo a la importancia del cuerpo en acción pareciera ser pertinente hacer algunas salvedades entre conceptos que parecen hermanos: acción y movimiento, puesto que al adentrarnos en la experiencia de la enfermedad crónica y las técnicas corporales en los cuerpos anómalos descubriremos las distintas capacidades que el cuerpo enfermo ofrece sobre su movilidad.

Lo primero sería señalar que un movimiento puede no ser acción, a ellos los llamaremos actividades, y una acción puede estar compuesta por varias actividades, tal como si hiciéramos una disección en el tiempo y el espacio de un cuerpo animado, ya no sobre la plancha de Vesalio; Comer como acción estará compuesta por las actividades de agarrar el cubierto, recoger con él comida del plato, alzarlo hacia la boca, introducir el alimento,

retirar el cubierto, cerrar la boca, masticar repetidas veces y tragar. Este ejemplo propio de un ejercicio teatral ubicada en la presentación de acciones cotidianas y que emana de lo planteado en el método de Stanislavski²⁷ (Knébel, 2003), si para el autor del método la acción es la puerta de ingreso al interior profundo del personaje, para los estudios de Barba la acción develará al lenguaje del cuerpo mismo, ambas contemplarán que la diferencia entre una actividad y una acción está en que la segunda tiene objetivos claros, que pueden ser más figurativos, literales, metafóricos o abstractos dependiendo de la perspectiva que se tome. La perspectiva de Barba se vincula directamente con sus años de observación del teatro de Grotowski, quien se formara en las metodologías de Stanislavski²⁸ (Grotowski, 1992a).

Un movimiento con objetivo no necesariamente esconde una idea simbólica previa, lo que podría desprenderse de un trabajo escénico actoral, pero aun ahí existen acciones que no pretenden comunicar más que la acción misma, y pese a que a partir de la observación del otro podamos jugar e imaginar las razones y significados de sus acciones (especialmente como espectador) “sin embargo no significa en absoluto que esas acciones posean en primera instancia una naturaleza comunicativa. Un japonés se sienta sobre sus talones para descansar... no para decirme que es un oriental.” (Volli, 1988, p. 198).

Al enmarcar estas reflexiones en el diálogo teatro-medicina (y la antropología teatral que propone Barba) se hace evidente la pregunta sobre las posibilidades del movimiento en los cuerpos enfermos. Por ejemplo un resfriado común produce un malestar generalizado que parece como si nos hubieran robado la energía, o en otro sentido, una artritis en las manos produce un dolor que inmoviliza la zona afectada. Ambos ejemplos nos ayudan a problematizar sobre el concepto de presencia. A través del análisis de una concepción oriental de *energía en el espacio y energía en el tiempo*, Barba diferencia entre aquellos movimientos que se desplazan, dibujando en el espacio un recorrido, y aquellos movimientos que no repercuten el espacio como un surco, sino más bien desde una

²⁷ Nos referimos aquí al periodo final de sus reflexiones en que escribe *El trabajo del actor sobre sí mismo en la encarnación*, de publicación póstuma, que integra el valor de las acciones como primordiales –y primeras incluso- en el trabajo actoral. Integradas están en esta propuesta las miradas críticas de su sistema de las emociones que le realizaran Meyerhold (muerto, en parte por sus ideas disruptivas del discurso hegemónico del arte en la URSS), Chejov (exiliado por su pensamiento crítico de la mirada psicosocial fomentada por el régimen) y Vajtánov.

²⁸ Grotowski reconoce que su interés investigativo nace de sus descubrimientos con los métodos creados por Stanislavski, pero que su perspectiva y resultados difieren.

“inmovilidad” activa, centrada en una proyección energética de un cuerpo que aparenta la inmovilidad (Barba, 1988, p. 63).

Esta distinción se aplica a las técnicas extracotidianas con un claro fin escénico, puesto que la vida cotidiana no requiere de la amplitud corporal que el teatro sí (Grotowski, 1988), pero es posible vincular en una medida más reducida y menos energética estos mismos principios. Un cuerpo cotidiano puede no desplazarse en el espacio y aplicar –de manera técnica- los principios de acción para el cuerpo extra-cotidiano que se *mueve* en el tiempo.

La energía en el tiempo permite notar que el mero hecho de estar *presente* corporalmente²⁹ sería constitutivo de la cultura, De la Calle Valverde señala que “El conjunto de los hábitos del cuerpo es una técnica que se enseña y cuya evolución no está terminada. Por lo tanto las técnicas del cuerpo implican “la sola presencia del cuerpo humano”. (2011-2012, p. 77-78). Pero no podemos confundir esa *sola presencia* con el mero hecho de estar físicamente en un lugar, Fischer-Lichte denomina aquello como el concepto débil de presencia y rescata que es un proceso consciente de construcción de la energía en el actor y está articulado físicamente (2011).

Detengámonos en esta idea de la presencia. Para las técnicas actorales que hemos visitado a través del ojo de la investigación del ISTA, la presencia será la energía producida gracias al entrenamiento del actor que con constancia, auto-exigencia y disciplina logra manejar su cuerpo como instrumento eficaz para ser visto. El Ki Hai es la palabra utilizada en el teatro Nô para referirse a la presencia y significa *consonancia profunda con el espíritu*, similar al praná en india (Barba, 1988, p. 60). Es decir, una *corporización* ¿Cómo se da este vínculo? La presencia será la energía vital encausada en el uso técnico del cuerpo. Ser en y con el cuerpo. De modo que podríamos compararlo con el término *holos*, el todo aglutinador del griego que también ha formado parte de la concepción de salud.

²⁹ No nos referimos al mero de hecho de estar vivo, que ha sido un tema desarrollado en la primera parte de esta tesis a través de la nuda vida, esta presupone el no reconocimiento del otro, en cambio el hecho de estar presente supone una copresencia. Es posible estar físicamente en un lugar y estar ausente, pasar “desapercibido” con una energía mínima, invisible a una mirada ciega que no se detiene en nosotros. El concepto de presencia que utilizaremos aquí en cualquiera de las vías teórico prácticas: teatral o antropológica, tiene un profundo interés en la energía del cuerpo y su capacidad de hacerse visible.

2.1.3. Técnicas corporales a la base del ser-en-el-mundo y en la ECNT

Para encausar las técnicas corporales y el interés que tiene en el fenómeno de la ECNT es que debemos recurrir al concepto de *habitus*, especialmente desarrollado por Pierre Bourdieu. La OMS ha centrado su campaña para combatir este tipo de enfermedades en su plan 2019-2023 (2018) en el compromiso de los estados contra la contaminación, la mala alimentación alta en azúcares y la poca actividad física, además de asumir un compromiso en el diálogo con los productores alimenticios mundiales para fomentar sustancias más saludables; todo esto para atacar los cuatro principales focos de ECNT. Esta promoción parece apuntar a lo que coloquialmente denominamos hábitos, de ahí también que manejemos de manera común la idea de hábitos saludables o poco saludables. El *habitus*, como lo tratamos en el subcapítulo 1.1 de esta tesis, pareciera ser un conjunto de disposiciones de un sujeto ante el medio, así *maladie habitus* es el conjunto de actividades y acciones que develan la falta de salud en un sujeto y la imposibilidad de desarrollarse plenamente, el concepto de *habitus* no sólo comprende los acontecimientos de la vida del sujeto, sino que como nos propone Bourdieu, es un entramado de estructuras que enmarca al sujeto al mismo tiempo que este las produce. Es el *habitus* el que asegura los actos de transmisión de esa “misteriosa memoria [de las culturas]” (Mauss, 1979, p. 340), es decir un *repertorio* cultural de acciones que se actualiza y se regula de manera inmanente. El *habitus* constituye las características y prácticas de una comunidad, siendo mediante el cuerpo que se aprenden, se *in-corporan*, en un proceso de familiarización práctica y que no necesita pasar por un proceso consciente. Las técnicas corporales son producto y productoras del *habitus* que se alojan en un ambiente compartido con otras personas donde se fomenta y se vigila su uso (Jackson, 2011, p. 71).

El repertorio, por otra parte, viene a ser un crisol de comprensión para las técnicas corporales y su posicionamiento histórico, Diana Taylor (2016) definirá el repertorio como la memoria en acto o práctica encarnada que significa el pasado, lo expresa en presente y contempla su proyección a futuro. Pese a que repertorio y *habitus* son conceptos cercanos que comparten ciertos componentes, Taylor considera que el *habitus* de Bourdieu se ocupa de estructuras más grandes (sistémicas) y que integran más fuertemente el determinante del

ambiente, mientras que el repertorio se direcciona más a una memoria activa que se actualiza en la práctica corporal constante y presente.

A la base de ambos conceptos están las técnicas corporales, primero el *habitus* no es una construcción impositiva mero producto de la voluntad, y segundo, a través de las técnicas corporales se encarna el conocimiento de la cultura oral haciéndose transmisible mediante el repertorio.

Estas miradas nos colaboran para apreciar una faceta de la enfermedad crónica en relación a su comunidad, por un lado un paciente con ECNT pertenece a la comunidad de la salud³⁰ que posee escenarios particulares como el hospital, el centro de atención primaria o la consulta; actores implicados con roles como el médico, los funcionarios, técnicos y pacientes; lenguajes y focos de interés como lo que ya hemos revisado en la primera parte de este documento. Pero ¿Ciertamente será esa la comunidad de un enfermo? Por otro lado la persona con enfermedad crónica pertenece a la comunidad cultural que lo acoge (nacional, de clase, etc.). Si el problema de la ECNT, según la OMS son los hábitos que la sociedad global presenta ¿No es acaso que el enfermo crónico debe ser despojado de, o abandonar, sus hábitos? Al parecer así es. Pero también eso no significa simplemente dejar de comer tal o cual platillo, sino que también quedar fuera de ciertas prácticas de su cultura-núcleo de desarrollo, pues las representaciones se construyen en base a patrones corporales generados dentro del *habitus* (Jackson, 2011, p. 72).

Si pensamos el *habitus* como acto colectivo en este cuerpo particular enfermo crónico – cuerpo anómalo- que está en relación a otros, debemos preguntarnos en qué campo de *habitus* se circunscriben los enfermos crónicos. ¿Cómo se desarrollan patrones de una corporalidad con diabetes, con cáncer, con hipertensión o asma crónica? Esto en términos performativos. Es posible pensar en la rearticulación del cuerpo anómalo/enfermo como un cuerpo potencial, el cambio significativo en las maneras de comportarse y sus procesos de producción inmanente de comportamientos pueden ser considerados una matriz, y producir sus propias comunidades que compartan técnicas (no tratamientos) en el sentido que hemos revisado. “Así, patrones alterados del uso del cuerpo pueden inducir a nuevas experiencias y provocar nuevas ideas...” (Jackson, 2011, p. 72).

³⁰ No confundir con la comunidad médica.

2.2. UNA POSICIÓN ESTRATÉGICA PARA EL CONOCIMIENTO CORPORAL EN LOS CUERPOS ANÓMALOS

Revisaremos a continuación cómo es que el plano de las técnicas corporales nos sitúa en un lugar estratégico de comprensión de los cuerpos anómalos. Sostenemos la tesis de que los cuerpos no son neutrales ni son algo dado, como hemos visto la corporalidad a través de su repertorio delinea a la persona como sujeto histórico e inserto en un *habitus*. Es en nuestros cuerpos que se discute la construcción de la realidad y del mismo modo no está ajeno a las construcciones ideológicas de su imaginario; no es casual que la idea de cuerpo-máquina prosperase conforme prosperó la industrialización y la individuación del ser humano, como tampoco lo es que con el capitalismo tardío floreciera un *culto al cuerpo* en tanto consumidor de productos y servicios para alcanzar la belleza. Desde principios del sXX la estrategia de la voluntad como actor determinante en moldear el cuerpo promueve ciertos tipos de cuerpos, como diría Silvia Citro, “socialmente legitimados y niega otros” (2011, p. 35). Diremos nosotros, que estos cuerpos negados forman parte del lago de las anomalías corporales provocadas por el mismo flujo del mercado³¹.

Cuando un cuerpo enferma crónicamente sus hábitos se ven trastocados, el cuerpo se *anomaliza*³² porque no puede participar del *habitus* comunitario, ni circunscribirse en él, ni performarlo ¿Por qué? Como revisamos en el subcapítulo 1.1.5 de esta tesis, las mismas instituciones de salud declaran que el estilo de vida actual fomenta el desarrollo de estas enfermedades, es decir que la estructura del *habitus* se ha convertido en la compleja condición por la cual enfermamos ¿Cómo reproducir el proceso del *habitus* si se está vetado

³¹ Con esto queremos enfatizar específicamente la relación entre la construcción de una corporalidad socialmente aceptada y cómo el mercado ha convertido en negocio la construcción de corporalidades como imágenes y no en sus técnicas corporales: por ejemplo es común ver en los comerciales televisivos de desengrasantes un paño que por sí solo elimina la suciedad y al cuadro siguiente una mujer delgada, maquillada, con el pelo arreglado mirando con orgullo la cocina. Entendemos también que cuando hablamos de los cuerpos y corporalidades negados en el ámbito social se complejiza el panorama si cruzamos el análisis con la discusión en salud. Los estudios, principalmente de género, sobre la *gordedad* tienden a leer la corporización y producción de subjetividades gordas desde la discusión social de la imagen del cuerpo, no de sus técnicas. Véase la tesis Moreno Parra, Paz. Subjetividad femenina y gordura: una perspectiva desde los estudios culturales y género. 2015. Repositorio digital Universidad de Chile.

³² Aunque la palabra no tenga una definición ni aceptación en el DRAE, si existe de uso en el ámbito académico, especialmente en los estudios de cuerpos anómalos y estudios de monstruosidad.

de ello? Se produce una interferencia entre las prácticas incorporadas del habitus poco saludable, pero comunitario, y la voluntad por tratar la enfermedad. El tratamiento médico en su versión medicamentosa descansa en una valoración de la voluntad del paciente, por ello cuando aparece el problema de la adhesión a tratamientos se busca solución con dispositivos educativos que hagan consciente al paciente de la necesidad del medicamento y de la importancia de su seguimiento, de este modo hacen participar la conciencia y el raciocinio del afectado para poder hacerse cargo, el problema se encasilla en una determinación del pensamiento mediante argumentos. Para nosotros la voluntad permite ver en su cara opuesta, una dimensión del *cuerpo* que posibilita nuevas experiencias en la medicina y en la vida cotidiana de los cuerpos anómalos. Es esa zona indeterminada en que, la racionalidad (el ente que piensa) no participa del cuerpo, Jackson comparte una experiencia ejemplificadora de esto:

Pronto se volvió claro para mí que los hábitos distónicos del uso del cuerpo no podían ser cambiados por desear actuar en modos diferentes. La mente no está separada del cuerpo, y es pura superstición creer que uno puede "enderezarse" por alguna clase de "manipulación psíquica sin referencia a las distorsiones de sensación y percepción debidas a malas posturas corporales" (Dewey, 1983:27). Los hábitos no pueden ser cambiados a voluntad porque nosotros *somos* los hábitos; "en cualquier sentido inteligible de la palabra voluntad, ellos *son* voluntad" (25). Cambiar un cuerpo de hábitos, físicos o culturales, nunca puede ser asunto de ilusiones e intenciones; depende de aprender y practicar nuevas técnicas (2011, p. 60)

Esta anécdota sitúa la posibilidad de cambio de hábitos en la técnica, su práctica y repetición hasta dominarla, pero también nos ofrece una ausencia ¿Por qué no es posible cambiar el hábito corporal por la fuerza de la voluntad? En este caso la voluntad primera, la que Jackson desestima, es una acción de las ideas *sobre* el cuerpo, del discurso sobre las acciones y deja en evidencia que esa comprensión de voluntad es *previa* al cuerpo. Diremos que el cuerpo posee un conocimiento específico, que "piensa" por sí mismo. El cuerpo da cuenta de un saber pre-expresivo (Barba & Savarese, 1988). Tiene sus tiempos propios de comprensión, asimilación y puesta en acción. Esta concepción del *cuerpo que sabe* (Citro,

2014) es un lugar de enunciación privilegiado para los cuerpos anómalos. ¿Cómo sabe el cuerpo, cómo piensa el cuerpo? Trataremos de dar algunas respuestas en los siguientes sub capítulos.

2.2.1. La escisión cartesiana

Primero habría que recordar que al hablar de cuerpo que piensa se está haciendo una reclamación histórica a una primacía del conocimiento intelectual traspasado a través de la palabra hablada en tanto texto y que pone énfasis en el pensamiento en tanto producto de nuestra mente. En esta explicación primigenia ya hay patente una lectura dual del ser humano: su mente prima sobre su cuerpo.

Esta es la lectura dualista que separa el cuerpo del *alma*³³. La presencia de esta perspectiva en el área médica se desarrolló a través de la imagen del cuerpo máquina, o como Merleau-Ponty le llama: fisiología mecanicista, que trata al cuerpo como un ensamble de piezas que interactúan causalmente (García & Castelli, 2013). La separación dual en la persona se ha defendido tanto en desmedro del cuerpo como para permitir su análisis. Cierta teatro ha desarrollado líneas de análisis del mismo pero con una perspectiva integradora que ve inseparable el cuerpo del espíritu (Brook, 1992). Esta división dualista que metodológicamente ha sido útil para algunas disciplinas, ha fomentado el proceso de vaciamiento de sentido del cuerpo (nuda vida) relegándolo al lugar de objeto funcional despojado y desconectado de la persona.

Como ya hemos visto desde el paradigma anatomista, el cuerpo ha sido desmembrado y analizado sus piezas como parte de un conjunto-máquina que debería funcionar con tales o cuales características, pero Merleau-Ponty (citado en Csordas, 2015) ejemplifica con cierta ironía que en la experiencia de la vida cotidiana esa división no opera tan directamente, pues “no experimentamos nuestros cuerpos o partes de ellos como *cosas*. Si mi brazo

³³ Reconocemos que se utiliza este término a falta de uno más adecuado para esta tesis, aun cuando Descartes nos ofrece la división *res cogitans* y *res extensa*, creemos que hablar del ente que piensa desconoce en cierta medida ciertas atribuciones que han sido desplazadas del cuerpo como las emociones. Descartes en sus Meditaciones descubre que las emociones tienen un correlato corporal-sensorial pero otras visiones como la de los dialécticos griegos las consideraba un fenómeno dianoético-mental. Queremos dejar en claro que esta escisión se puede encontrar nombrando aquello que no reconocen como cuerpo en una discusión dualista del ser humano, como: alma, espíritu, mente, psique, ánima, entre otras.

descansa sobre la mesa, nunca pensaría en decir que está *al lado* del cenicero de la misma manera en que el cenicero está al lado del teléfono.” (p. 19).

De cierta manera, el hecho de que la experiencia se distancie de la disección funcional que se ha hecho de las partes del cuerpo o que la segregación y encapsulamiento del objeto de estudio carne-anatómico no tenga resonancia en la percepción ni del paciente ni del médico, refuerza el cobijo académico científico que reconoce esta mecanización, totalmente separada de una experiencia corporal en primera persona.

Esta vida mecanizada se sostiene filosóficamente por la escisión entre cuerpo-mente o cuerpo-ente que se conoce como escisión cartesiana o dualismo cartesiano. Aunque, si bien Renè Descartes desarrolló esta mirada dual del ser humano³⁴, no hizo más que continuar una línea de pensamiento que podemos seguir hasta la antigua Grecia. La curiosidad por la animidad del cuerpo, por el espíritu, por la mente, han acompañado el estudio bio-psico-social (aunque sean por separado) toda nuestra historia. Esto es una racionalización del cuerpo con antecedentes desde Platón, quien rechazaba el cuerpo signándolo como un impedimento para el desarrollo ideal del pensamiento; se formulan dos mundos conviviendo en el ser humano: el espiritual y el de los fenómenos sensibles; el primero verdadero, iluminado y conducente al desarrollo más elevado, y el segundo perturbado por las percepciones sensibles. Para algunos pensadores de la iglesia católica el cuerpo será tan sólo un recipiente del alma dispuesta a encontrarse con la divinidad al acabar la vida terrenal, pero podría este cuerpo ser un medio a través del cual alcanzar el reino de los cielos³⁵. Tertuliano, por ejemplo, en su *Exhortación a los mártires* plasma la clara división de un alma envuelta en un cuerpo capaz de soportar el dolor más infame con la promesa de

³⁴ Es en las *Meditaciones metafísicas* (1641) que Descartes inicia la polémica del dualismo alma-cuerpo, pero el dualismo cartesiano es producto de las repercusiones de su obra. En la Meditación sexta, Descartes ya ha logrado comprender la distinción entre lo falso y lo verdadero y concluye “del hecho mismo de que yo sé que existo, y de que advierto que ninguna otra cosa en absoluto atañe a mi naturaleza o a mi esencia, excepto el ser una cosa que piensa, concluyo con certeza que mi existencia radica únicamente en ser una cosa que piensa. Y aunque quizás (o mejor dicho, ciertamente, según diré más adelante) tengo un cuerpo que me está unido estrechamente, puesto que de una parte poseo una clara y distinta idea de mí mismo, en tanto que soy sólo una cosa que piensa, e inextensa, y de otra parte una idea precisa de cuerpo, en tanto que es tan sólo una cosa extensa y que no piensa, es manifiesto que yo soy distinto en realidad de mi cuerpo, y que puedo existir sin él” (46) (Descartes, 1641).

³⁵ Podría revisarse la disputa entre la iglesia Católica y Martín Lutero, puesto que el catolicismo durante la época promocionaba la idea de que a través de las *buenas acciones* se accedería a la divinidad, y el padre del protestantismo defendía la idea de que *la fe* y no las acciones eran lo que asegura un trozo de piedad por padre de dios en la hora final de cada hombre.

la vida eterna del espíritu, este planteamiento resuena con la idea de resistencia de Foucault “asociada al esclavo que se mueve lentamente, el campesino silencioso, el proletario malhumorado” (Csordas, 2015, p. 24), que *aguanta* los padecimientos de la carne por la promesa de un futuro mejor, similar al proceso de industrialización que vincula al humano con las maquinarias, formando él mismo parte de la máquina.

Esta idea de resistencia se encuentra a la base de la hipótesis de la patologización de la vida: el estilo de vida exige ciertos comportamientos corporales que llevan a la enfermedad, por ejemplo, para retomar las premisas de la OMS: el sedentarismo es una de las causas más relevantes en las enfermedades crónicas respiratorias, cardiovasculares y diabetes, los trabajos de oficina y horarios extensos frente a computadores fomentan una vida sedentaria. Los cuerpos exigidos encuentran en su diario vivir “patógenos” –metafóricamente hablando- que alteran su salud: estrés, ámbito laboral, horarios poco flexibles, economía, y ya más agresivos, violencia callejera, peligro de perder la vida, falta de hogar, etc. Esta designación del mal *en* la vida, como modo de vida, provoca el fenómeno de *luchar contra la vida* (López Petit, 2014). Cuando el cuerpo ha sido despojado del *cómo vivir*, y otros deciden esos modos de vida la vida, la vida meramente biológica es el último bastión que defender; pero la palabra nuda vida no logra despojarse totalmente de las reminiscencias de la vida en tanto manera de ser/hacer, y he aquí la novedad de las prácticas corporales en relación a la *lucha contra la vida*, de modo que a esos estilos de vida impuestos se les signa como vida patologizada, una vida contra la que se lucha, porque no se quiere ser vencido por ella. Esta discusión no podría revisarse sin la presencia hegemónica del paradigma dualista que ha separado al cuerpo de la persona. Lo que no es posible de entender en la visión de López Petit es el concepto de habitus, la lucha contra la vida sirve de mecanismo de análisis si nos sorprendemos del poder de coacción en la sociedad y dejamos la posibilidad de abstraernos totalmente de ella. Bourdieu reconoce que toda acción es y no es coacción en la producción del habitus. ¿Es posible que la visión de López Petit conviva con una experiencia del cuerpo anómalo que no se siente coaccionada?

Para los casos que analizaremos es relevante contemplar que la experiencia del propio cuerpo anómalo se tensiona con prácticas que pueden ser percibidas como imposiciones, como el ejemplo de la trabajadora del Bellevue Hospital y las máquinas de comida rápida

en un escenario de la salud (ver p. 30), o hacer experiencia de su vida encarnando la propia libertad sin necesidad de signar una fuerza (política, económica, social) que la determine unidireccionalmente, por ejemplo, en uno de los talleres de teatro en escenarios de salud una mujer con Alzheimer recordaba que ella le hacía comida a su hijo de más de 30 años y el hecho de recordar le hacía feliz ¿Podemos decir que esa mujer realizaba esa labor sólo acorralada por designaciones impuesta de género y maternidad? o ¿Podemos otorgarle a la misma acción –que no está exenta a priori de lo señalado- un valor donde ella ejerce su libertad a través de sus afectos y el conocimiento que podía conservar –en medio de su Alzheimer- en ese acto?

Ahora bien, en el aspecto del dualismo donde el cuerpo es un subalterno de la mente, se produce un problema en gran medida al introducir la voluntad en relación a la enfermedad. Por un lado se alegan procesos en que la mente enferma al cuerpo pudiendo considerar la medicina un carácter real o imaginado de la misma, como la hipocondría y la fibromialgia, o por otro lado el cuerpo determinando la mente, de igual manera poniéndose en cuestión su veracidad, como el mal del miembro fantasma. Estos casos donde el dualismo pone en relación las partes, también tienen sus orígenes en la creación de la medicina moderna: la diferenciación de la medicina psiquiátrica y la medicina (a secas). No se necesita acudir a la mente racional para activar nuestros gestos, De la Calle Valverde plantea que la racionalización de los gestos es inviable en las técnicas corporales, dado que estas se aprenden e in-corporan, y cualquier uso fuera del tradicional de las mismas es un acto de analogía físico de sí mismo “El individuo utiliza su propia matriz de gestos.” (2011-2012, p. 81).

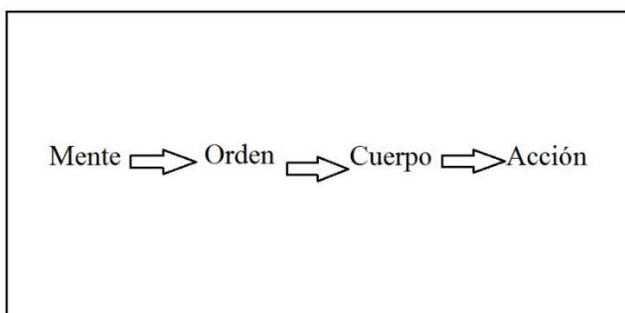
Si bien la hipótesis de la Calle Valverde tiene sentido escénico, el actor entrena sus instrumentos corporales para prescindir de una orden antes del gesto, de la división entre *logos* ordenando el *bios* (Grotowski, 1988). Mauss descartará el proceso de racionalización asentando las técnicas del cuerpo en la simbiosis socio cultural donde la jerarquía de autoridad tradicional está por sobre el pensamiento intelectual del individuo (de la Calle Valverde, 2011-2012, p. 80). Para el teatro esta discusión queda fuertemente modificada a través de la propuesta grotowskiana en que el cuerpo aparece no como un medio del texto (la palabra, la mente), sino que se sirve del texto como medio (Fischer- Lichte, 2011, p.

169). Para Grotowski la división mente-cuerpo no es realmente un problema, no puede prescindir de ninguno de los dos, pero sí busca reconocer el saber del cuerpo sin necesidad de que este sea efecto o expresión de una idea previa, no pensamos antes para caminar, de hacerlo “se sentiría tan inseguro como un borracho” (Volli, 1988, p. 205) ¿Pensamos las persona con ECNT antes de realizar una acción? No en el sentido de reflexionar lo que se hace, sino de mandar al cuerpo. Como señala José Antonio Sánchez (1999) “hay experiencias del cuerpo (no deportivas) que son esenciales para el conocimiento y, sobre todo, la sabiduría.” (20), el cuerpo que sabe, que entiende, es el cuerpo con técnica (corporal) mejor o peor ejecutada pero encarnada. Nuestra manera de estar en el mundo expone la inteligencia de nuestros cuerpos, su pensamiento y su sabiduría.

2.2.2. Cuerpo que piensa y se presenta

“El primer problema surge de la tendencia intelectualista a considerar la praxis corporal secundaria respecto de la praxis verbal.” (Jackson, 2011, p. 62)

Como venimos elaborando esta noción de un cuerpo que piensa, es necesario señalar que en la discusión debemos contemplar las relaciones de corporalidades entre distintas personas. Y es que las técnicas y prácticas corporales no son una experiencia unipersonal, si no que son prácticas colectivas. Podemos contemplar la diatriba entre presentación y representación desde la perspectiva dualista en que es el intelecto el que sabe y comunica al cuerpo lo que provoca de manera causal la expresión (de aquello previo) corporal, pero también debemos tener presente que la representación define aquello que ya se ha presentado, se presenta dos veces, se ha ensayado y es posible que el cuerpo ensaye sin necesidad del proceso causal idea-acción.



Como lo que nos convoca en este apartado es la presentación en tanto acto único colectivo, del encuentro unos delante de otros y la puesta de las técnicas en interacción, la diatriba entre presentación y representación puede visitarse ampliamente en reflexiones sobre la performatividad y en los estudios de la performance³⁶. De todos modos es posible agregar sobre la diferencia entre ambos conceptos que da cuenta la distancia entre texto dramático y la performance misma. El texto, como trasposición de la mente, provee al actor previamente de circunstancias dadas, línea de acción del papel, súper-objetivos, monólogo interior, acción transversal entre otros (Knébel, 2003). Estas miradas corresponden a un cuerpo expresivo³⁷. En la otra vereda tendremos la perspectiva de un cuerpo como un ser, de modo que no hay algo que expresar, el cuerpo es persona y en las artes escénicas el escenario de la performatividad que integra el *cuerpo fenoménico* y el del personaje (Fischer- Lichte, 2011, p. 157-190) será el lugar que provea una lectura de ello. La autora alemana considerará que este cuerpo pensante se manifiesta a través de la corporización³⁸ pues a través de ella adquiere/proyecta su presencia ¿Qué influencias ejerce la corporización (o su inexistencia) en un cuerpo que piensa? La corporización es el proceso de “transformación inductiva que el actor/performer realiza de su propio cuerpo” (Grumann, 2014, p. 39).

Detenemos en la posibilidad de que el cuerpo no es una consecuencia subordinada a la mente y que además corporiza distintos roles es adentrarnos en el nivel de la pre-expresividad como la comprendiera Eugenio Barba:

La expresividad del actor se deriva -casi a pesar suyo- de sus acciones, del uso de su presencia física. Los principios que le guían en estas acciones forman la

³⁶ Para adentrarse en esta discusión se recomienda revisar *Lehman, Hans Thies. Teatro posdramático. 2013 Barcelona Ed: CENDEAC y Paso de Gato y Cornago, Óscar. Teatro posdramático: las resistencias de la representación. ARTEA Recurso digital arte-a.org*. A las bases de la discusión se encuentra la puesta en crisis del drama teatral y el drama social, para su discusión *Szondi, Peter. Teoría del drama moderno 1880-1950 tentativas sobre lo trágico. 2011 Madrid Ed: Dykinson*. Complementariamente revisar *Fischer-Lichte, Erika. Estética de lo performativo. 2011 Madrid Ed: Abada* donde se aborda la dimensión no dramática de la teatralidad y sus materialidades específicas.

³⁷ Se reconoce aquí que el lenguaje que teoriza sobre los cuerpos está plagado de metáforas y construcciones lingüísticas que incluso sin oponer ideas se refieren a cosas distintas, el caso del cuerpo expresivo puede ser tomado como un cuerpo comunicativo que debe ser leído en su propio código semántico, o a estos mismos códigos de lectura se les llamará cuerpo expresivo. También al cuerpo preparado para transmitir un mensaje artístico sea inteligible o perceptible –que afecte al espectador- se le denomina cuerpo expresivo. Aquí su utilización viene a diferenciarse de la pre-expresividad, estadio previo a la expresión que para el actor es la base de entrenamiento, estado esencial para entrar a escena y guía de las acciones que lo hacen expresivo.

³⁸ Véase Fischer- Lichte, E. (2011). *Estética de lo performativo*. Madrid: Abada editores

base pre-expresiva de su expresividad...No es el querer expresar lo que determina las acciones de alguien; el querer expresar no decide que hay que hacer. Es el querer hacer lo que decide qué se expresa (Savarese, 1988, p. 169)

Se valora el momento pre-expresivo como aquello que permite la expresión, pero también lo entenderemos como aquello que viene previo a cualquier expresión y que aun así es interactivo y eficaz en las relaciones sociales y escénicas (Brook, 1992). Dicho de otro modo, el cuerpo *es* pre-expresivo y aún capaz de ser “leído” y participar de “entendimiento” con otros.

Entonces podemos decir que a través del proceso de corporización, predominantemente pre-expresivo, es que aparecemos delante de otros. La presentación sería el proceso continuo de corporizaciones. La pre-expresividad será la vida en potencia, un cuerpo dispuesto y preparado para actuar/accionar, “como al acecho” (Savarese, 1988, p. 175). Tanto Fischer-Lichte (2011) como Grumann (2014) rescatan un ejemplo clarificador en que Georg Simmel señala que el personaje corporizado por un actor sólo existe en la interpretación de ese actor y no está pre establecido en el papel dramático, esa particularidad proviene de su entrenamiento pre-expresivo: de su voz, su tempo, su atmósfera, etc. Es la pre-expresividad la dimensión donde la corporalidad desarrolla su lenguaje no supeditado. Sobre esto Jackson hace notar que nuestras memorias más primigenias se corresponden a sensaciones e impresiones directas (sonidos, tactos, imágenes, etc.) antes que a palabras. La inteligencia corporal antecede la elaboración intelectual (2011), como el proceso de aprendizaje de la caminata ¿Logra el infante intelectualizar su observación para proceder al ensayo de la caminata? No. Moshe Feldenkrais explica que una evidencia del cuerpo pensante sería el fenómeno de la voz, que se configura bajo patrones que repetimos hasta el punto de ser reconocibles, como si una memoria corporal retuviera la manera en que el aparato fonador se posiciona (2010), sin necesidad de tomar decisiones por él dado que, insiste el mismo autor, hay estructuras corporales que no somos capaces de hacer conscientes como el sistema nervioso central y que esa incapacidad, diremos nosotros, expone que el cuerpo es un agente activo³⁹. La

³⁹ Reconocemos que lo difícil de tocar este tema desde la perspectiva que ofrece Feldenkrais es que levanta una línea de pensamiento que nos puede llevar a la pregunta por el ánimo. Más que adentrarnos en esa discusión queremos delinear que estas dimensiones no conscientes mentalmente son el camino del cuerpo para recibir las experiencias de la realidad tanto como el proceso mismo de construcción de la

diferencia entre la puesta en valor de la inteligencia corporal entre estas perspectivas es que en un sentido se refieren a actos metódicos y en otro a actos involuntarios. El cuerpo anómalo en la ECNT performa directrices involuntarias ¿Existirá alguna manera de hacer metódico el uso y comprensión de ese cuerpo anómalo? La potencia pre-expresiva permite que un cuerpo se comunique con otros ¿Cómo es que las corporalidades con sus inteligencias logran una comunicación? ¿Cómo es que desde el teatro se desarrolla esa comunicación no supeditada al intelecto y que es comunicativa? ¿Cómo es que de los cuerpos anómalos emerge un pensamiento corporal? Podremos revisar estas preguntas en el capítulo 3. Para introducirlas podemos comenzar hablando de la técnica que permite la comunicabilidad de los cuerpos.

El cuerpo que sabe o *pensante*, se entiende más fácilmente como un cuerpo que sabe ciertas técnicas, el entrenamiento teatral normaliza un cuerpo flexible para permitir al actor desarrollar la creación de manera orgánica, sin necesidad de recibir instrucciones mentales y sea capaz de performar: de accionar y reaccionar a lo que acontece en presente. Un cuerpo cotidiano, al contrario, no es necesariamente un cuerpo consciente de sí mismo, pero sí es un cuerpo reflexivo que se desenvuelve en la dimensión cotidiana (un esfuerzo proporcional a las exigencias de su propia cotidianeidad) y sí es un cuerpo entrenado: moldeado por su habitus, que corporiza su repertorio y que pone en acción sus técnicas corporales.

Habría que notar que en la vida cotidiana el cuerpo es un cuerpo sin órdenes, como ya hemos señalado no es necesario pensar en caminar para saber caminar, no es necesario pensar en cómo se bebe para saber beber, pero si enfermamos o nos lesionamos hacemos pensamiento consciente de las zonas dañadas. Como todos los ejercicios que hemos expuesto en esta segunda parte se puede hacer la trasposición de lo extra-cotidiano a la vida cotidiana de la experiencia de enfermar y podremos proponer que el potencial del cuerpo anómalo puede desarrollar un cuerpo sabio. Tal como la intelectualidad puede trabajar la inteligencia corporal, la enfermedad deja en evidencia, delante de nuestra consciencia mental, al cuerpo y en ella se incrementa la conciencia corporal, empezamos a observarnos y observar cómo

corporalidad, es así que a través de lo que percibimos accedemos a las experiencias y a la vez configuramos nuestro físico estar en el mudo

es que nuestra corporalidad se desarrolla. Un cuerpo anómalo, es un cuerpo consciente mentalmente de su corporeidad.

El cuerpo anómalo, tiene tres dimensiones: La primera vinculada a un cuerpo que no está supeditado al raciocinio, la segunda a un cuerpo fuera del orden normado, y la tercera a una reincorporación de las partes del cuerpo “en nuestro espacio corporal las partes del propio cuerpo no están desperdigadas una al lado de la otra (mecanicismo/anatomofisiología) sino que están contenidas una en otra.” (Csordas, 2015, p. 20).

Este capítulo ha tratado sobre la posición estratégica para adentrarnos en la corporalidad anómala de la ECNT. El cuerpo que piensa es una manera de comprender y percibir el mundo de manera sensible, ya no sólo es el hecho de ser marginal al *habitus* lo que nos convierte en cuerpo anómalo (López Petit, 2014), si no que la manera en que nuestro cuerpo está presente para/en nosotros mismos. Siguiendo Merleau-Ponty (Csordas, 2015), tenemos y a la vez somos cuerpo, entonces aparecemos delante de nuestra comunidad en nuestra corporalidad, pero además nos moviliza un impulso hacia los otros, no es la mera comparecencia del ser humano, en ese impulso hacia el encuentro con el otro y con el mundo.

2.3. FALLA EN LA TÉCNICA: EL CUERPO ANÓMALO

Ensayo y error, Foucault reclama particularmente a la medicina es que el ser humano en sí, y un poco lo interesante de una vida en su planteamiento, es error, y que no puede existir un estudio de las ciencias humanas sin considerar ese factor. Tendremos, según lo revisado, dos ideas claves para analizar los cuerpos anómalos:

- 1) Un cuerpo anómalo falla, desvía o altera la técnica corporal.
- 2) Se diferencia de la norma, pero no constituye nueva normalidad.

La paradoja de la constitución de nueva normalidad está vinculada a que si la norma es sociocultural sin un núcleo que adopte nuevas normas que retornen un equilibrio paliativo a la ECNT, no se puede restablecer. A la base de ello está el vínculo vida (nuda vida) – cuerpo (biomédico), la medicina espera recuperar un equilibrio *holos* del cuerpo biomédico como si eso constituyera recuperar la normalidad de la vida. El *habitus* desborda la concepción de vida desnuda. Además se extiende al análisis de la dependencia norma-

anomalía, donde la anomalía siempre está en relación a la norma quebrantada, no podrá haber nueva normalidad en tanto se continúe en relación a una norma no cumplida.

2.3.1. La pérdida de la postura con la enfermedad crónica y su ejemplo en el síndrome de La Tourette

La búsqueda de la salud, y en ello del equilibrio puede darse en una dimensión holística de una vida, para ello hay que tener presente que un desequilibrio ofrece una perspectiva diferente de las cosas. Para poder hablar de las fallas en la técnica debemos tener claro dos etapas interdependientes de la experiencia de enfermar que aquí ensayamos: la etapa del malestar y la de experimentar la anomalía. Como hemos dicho el cuerpo anómalo es una categoría en relación a la normalización de la salud, ello no quita que la persona que enferma sienta dolores, molestias e incluso vea en peligro su vida y con ello busque sanar. El malestar deviene en una pérdida del equilibrio literal: un mareo, una contracción, una incomodidad, un retorcerse, un doblarse, un deseo de dormir, bombeo en la cabeza, etc. El advenimiento del cuerpo anómalo es la puesta en relación del malestar con el entorno normal. Este malestar al volverse crónico provoca un estado desviado de la propiocepción, que cambia las posibilidades con las que se enfrenta la técnica corporal cotidiana:

Es un shock y una desorientación que ocurre simultáneamente en el cuerpo y en la mente, y que refiere a una estructura básica ontológica de nuestro ser-en-el-mundo (...) En este sentido, podría decirse que la postura erguida define una relación psicofísica con el mundo; de manera que la pérdida de esta posición, de esta "postura", es una pérdida de balance que ocurre en lo intelectual y en lo corporal de modo simultáneo, un disturbio en el terreno y centro mismo de nuestro ser. (Jackson, 2011, p. 63-64)

Recordando la revisión semántica de la enfermedad, es crucial comprender que ya no nos ubicamos en el lugar metafórico cuando nos referimos a postura. Hay vínculos entre la experiencia y la idea de enfermar. Si ya se ha establecido la idea de que las técnicas corporales son formadas y formadoras del *habitus* podemos adentrarnos en la aparición de las anomalías en dichas técnicas. Es en este cuadro que el proceso de descubrimiento del Síndrome de Tourette (ST) se vuelve un ejemplo clave. Los puntos que sobre esto abordaremos son los siguientes:

Gilles de la Tourette fue un médico francés nacido en 1857 que destacó en su formación como un estudiante creativo e imaginativo, Jean Martin Charcot le alojó como uno de sus pupilos en el hospicio de Salpêtrière, lugar donde logró organizar un servicio médico de neurología. El hospicio alojaba cerca de 5.000 mujeres, en su mayoría diagnosticadas con histeria. Como se ha documentado (Palacios Sánchez, *et al*, 2015), de la Tourette, convertido en la mano derecha de Charcot y estimulado por este a hacer una investigación de los trastornos del movimiento, escribe un estudio inspirado en ciertos tics documentados como trastornos neurológicos en algunos artículos científicos de la época desperdigados por Europa y Estados Unidos; el parecido con ciertos casos clínicos que había en el hospicio femenino lo llevan a preguntarse, siguiendo la línea de Charcot, si ese océano de indeterminación con múltiples sintomatologías y que realmente no tenía una clara definición, que era la histeria femenina de sus pacientes, no tendría una explicación en esos insipientes estudios sobre los gestos corporales del tipo tic, hipótesis que ponía en duda el vínculo entre la histeria y el útero (Palacios Sánchez, *et al*, p. 82, 2015).

La estrategia para producir y comprender sus propios casos fue colocar un rollo de papel en el suelo y que los pacientes caminaran sobre este con los pies manchados de pintura, se les solicitaba detenerse en la mitad, recoger un objeto, agacharse, etc. El médico descubrió a través de este ejercicio que existía un trastorno de la marcha involuntario lo que acompañado a la falta de síntomas claros de histeria auguraba un problema motor.

Lo observado fue una fuerte presencia de movimientos bruscos, cortos y sonidos como gruñidos, coprolalia, ecolalia y copropraxis. Los movimientos podían ser lentos y cortos, provocar una postura o una contracción:

Los tics tónicos se manifiestan típicamente al tensar los músculos de los miembros o del abdomen. Ejemplos de tics motores complejos incluyen el sacudir la cabeza, doblar el tronco o girar, saltar, patear, tirarse del pelo, hacer gestos, imitar gestos de otros (ecopraxia) o realizar gestos o actos obscenos (copropraxias). Algunos movimientos complejos repetitivos pueden ser considerados compulsiones cuando están precedidos por la sensación de ansiedad o temor de que si no son rápidamente o correctamente realizados algo malo ocurrirá (Jankovic, 2001, p. 1185).

Estas observaciones arrojaron una relación entre el tipo de actividades o acciones que realizaban las personas con esta enfermedad que no se condecía con un diagnóstico de un mal anímico. Llegó además a probar que los hombres también padecían histeria. Podemos señalar aquí que quedan en evidencia dos asuntos, puede aparecer una enfermedad nueva resultante de la indeterminación de las categorías previas, por lo que las clasificaciones de lo anómalo son fluctuantes y se relacionan a descubrimientos en los medios de diagnóstico y en el ojo que percibe; y que una detención sobre las técnicas de acción y de oralidad en un cuerpo anómalo fueron cruciales para un diagnóstico que pudiera proporcionarles un tratamiento más adecuado.

Los impulsos que provocan los síntomas del Tourette son totalmente involuntarios, no hay manera que el interés del paciente y su voluntad se hagan cargo de un cambio, es en sí un cuerpo sin comunicación con la conciencia debido a los tics. Esto tiene repercusiones emocionales y sociales, además de repercusiones en los cuidadores familiares. Es visible y llamativo, particularmente la coprolalia, y en la época en que Gilles de la Tourette se interesó por la enfermedad era muy llamativo ver a damas propinando insultos en voz alta.

A la base de ST está un protagonismo del cuerpo practicado: realizar las técnicas corporales diarias sin la certeza de poder llevarla a cabo de continuo. Pero este cuerpo que es extracotidiano, que tiene exigencias muy fuertes muscularmente no es un cuerpo vaciado en tanto se enfrenta al diálogo emocional, un cuerpo que siente. El prisma de lectura de un teatro que piensa en y desde el cuerpo nos puede ayudar a complejizar la comprensión de la experiencia de la enfermedad, a resaltar aspectos que no son evidentes para la medicina, para hacer comprensión de ella integrando la emoción, la corporalidad y pensamiento.

3. TERCERA PARTE

PROBLEMÁTICAS DE LA PERSPECTIVA DE LOS CUERPOS ANÓMALOS

EN UNA EXPERIENCIA DE TEATRO APLICADO

Si pensamos que la problemática de la enfermedad crónica puede ser abordada desde una perspectiva de la corporalidad como fenómeno y no sólo en términos del estudio del cuerpo repositorio de la enfermedad, es que surge la posibilidad de vincularla con la práctica teatral desde una perspectiva de la práctica física como de la observación. Existiendo diversidad de intervenciones teatrales en el área de la salud desde una perspectiva terapéutica (Brodzinski, 2010) es preciso señalar qué sería una mirada teatral sobre la corporalidad y qué aportes tendría una perspectiva de práctica teatral basada en la corporalidad. Este capítulo busca dar luz sobre estas dos aristas en base a la experiencia de un taller de teatro (que se nombró a sí mismo taller de teatro o taller de dramaterapia indistintamente) en tres centros médicos de salud familiar Áncora UC.

3.1. VÍNCULO ENTRE MEDICINA Y TEATRO: EL SITIO DE UNA EXPERIENCIA DE TEATRO APLICADO Y LA INVESTIGACIÓN ACADÉMICA

El vínculo entre teatro y medicina como áreas del conocimiento y de la técnica tiene antecedentes históricos, podemos encontrarlo en las prescripciones de visionado teatral por parte de Sorano de Éfeso, en las presentaciones de enfermos a las que tantas veces asistió Sara Bernard (Pérez-Rincón, 2012), o actualmente en el dramaterapia y el teatro aplicado en salud⁴⁰. Estas últimas responden a necesidades actuales en el caso de la medicina, que,

⁴⁰ Estas experiencias nos hablan de distintos paradigmas teatrales y distintos paradigmas de salud. Es curioso rescatar un ejemplo que Héctor Pérez Rincón revisa en su interdisciplinario libro de la historia de la medicina aquí citado: En la Francia de mediados del sXIX, de los trabajos de Guillaume-Benjamín Duchenne sobre electroestimulación facial, destinados originalmente a pacientes con parálisis, suscitaban gran interés entre los actores que buscaban desarrollar una gestualidad expresiva en base a la orgánica humana para ser más efectivos en su representación escénica. El interés es mutuo: Duchenne utiliza terminología actoral sobre las expresiones y los gestos para publicar un libro con fotografías sobre su modelo de electroestimulación, en ellas participan pacientes y actrices quienes mediante un impulso eléctrico experimentan el gesto facial de determinadas emociones. Esta relación, que poco tiene que ver con la terapéutica, nos enseña que en la era del desarrollo científico técnico, todas las disciplinas se veían atraídas a su luz. Las épocas, en este caso las enfermedades de épocas, exigen diálogos interdisciplinarios específicos. Dejamos sentada aquí la pregunta por el diálogo que ésta época necesita, explicada en la primera parte de esta tesis.

como hemos visto se ha abierto a buscar colaboración en otras áreas del conocimiento. Si bien teatro, dramaterapia y teatro aplicado no son lo mismo y se distinguen bastante en el nivel teórico, esas delimitaciones se vuelven difusas si no se mira con atención en la práctica. Partiremos de la idea de que para nuestro caso de estudio lo relevante era la puesta en relación de los conocimientos teatrales con las necesidades de una comunidad; estas dos comunidades juntas (la comunidad teatro y la comunidad pacientes con ECNT) más que fortalecer el conocimiento técnico para las áreas implicadas (teatro y medicina), aportan un saber nacido de la experiencia de hacer teatro por parte de “actores amateur”; ahora bien, si de ello puede nacer un conocimiento que sirva a los sistemas implicados es un aporte agregado, como señala Lola Proaño, es el goce y el sentirse lleno de vida lo que las personas rescatan de sus grupos de teatro comunitario (2013).

Sobre la realización de los talleres procederemos a analizar su organización, objetivos y participantes para establecer el marco de la acción.

3.1.1. Caracterización de los participantes y del modelo de trabajo

Al interior del proyecto que aquí analizamos se contó con la colaboración del director franco-boliviano Marcos Malavia y se constituyó un equipo teatral integrado por una dramaterapeuta a cargo de las sesiones y 4 actores y/o actrices que apoyarían y dinamizarían la experiencia. [Fig. 1 organigrama equipo]. Marcos Malavia, actor, director y dramaturgo Boliviano radicado en Francia, ha desarrollado un modelo de trabajo interdisciplinario entre teatro y medicina junto al doctor Jean-Phillipe Assal que ha denominado *Théâtre du Vécu* (Teatro de lo vivido) en el cual converge la práctica teatral desarrollada por actores profesionales, con la problemática de la comunicación médico paciente con ECNT.

El antecedente de ese diálogo y desarrollo metodológico se sitúa en el trabajo del Dr. Assal con pacientes diabéticos y la constatación de los problemas en el diálogo médico paciente, o incluso en algunas instancias, el problema del diálogo operador-médico-paciente⁴¹.

⁴¹ El modelo médico, tanto en Europa, Estados Unidos y últimamente Latinoamérica ha introducido nuevos actores en la relación profesional de la salud-persona enferma: ellos son los operadores médicos. Representantes administrativos que participan del proceso de gestión de los recursos médicos, usualmente no participan de encuentro médico-paciente, por lo tanto no se hace experiencia cara a cara con ellos, pero median la interacción como encargados de las normativas privadas y directivas (recordemos que en Chile por lo menos, ninguna normativa interna de ninguna institución está por sobre la ley) en el funcionamiento del

Hoy día, está generalmente admitido que muchos proveedores sanitarios no son capaces de escuchar a las personas a quienes atienden, incluidas las afectadas por una enfermedad crónica como la diabetes. En muchos casos, hay una falta de diálogo. Esto se ve potenciado al contribuir la tecnología al replazo gradual de la relación médico-paciente por una relación médico-ordenador (computador)-paciente. La falta de diálogo cara a cara acaba por obstruir el desarrollo de relaciones terapéuticas eficaces. (Barambino, Malavia, & Assal, 2009, p. 38)

Ante esta evaluación Malavia desarrolla sesiones de trabajo con un equipo de actores profesionales y pacientes diagnosticados con ECNT, donde los pacientes ven elaboradas sus propias vivencias de manera creativa y son llevadas a la dimensión teatral por parte de los profesionales del área. Esta relación donde el paciente es dramaturgo y director, guiado por Malavia, de la escena de su propia vida, que se articula estéticamente y con los conocimientos actorales del equipo, permite una “puesta en perspectiva” de una experiencia dolorosa usualmente vinculada a la enfermedad. El proceso consiste en la escritura de la vivencia en formato dramático, la lectura por parte del propio autor, la lectura por parte de los actores y su construcción como puesta en escena durante tres días de trabajo con 5 a 8 pacientes (Barambino, Malavia, & Assal, 2009).

A diferencia del modelo de Malavia, en los tres talleres realizados los actores actuaban *con* los pacientes, y los ejercicios performáticos se realizaban indistintamente por actores profesionales o pacientes. El modelo del *Théâtre du Vécu* responde a una cultura escrita como la europea y con una fuerte relevancia del rol estético que aporta la experiencia teatral, que si bien inspira el modelo de los talleres efectuados en los tres centros de salud UC, estos no siguieron un modelo de la escritura dramática, si no un modelo del juego. Recordemos que los tres talleres se realizaron en tres centros de salud familiar (CESFAM) distintos y participaron en ellos pacientes con enfermedad crónica, un funcionario médico por establecimiento y un equipo de actores.

servicio de salud. En esta misma línea debemos recordar que la palabra *paciente* ha tratado de ser desplazada tanto en términos ideológicos como motivado por los intereses del mercado: por una parte el paradigma del autocuidado ha querido erradicar la noción de pasividad en el enfermo y en correlato con estos nuevos actores ha tratado de sustituirlo por los conceptos de *usuario* o *cliente*. También entenderemos como operador, además del gestor hospitalario, a las aseguradoras públicas o privadas (Fonasa o Isapre)

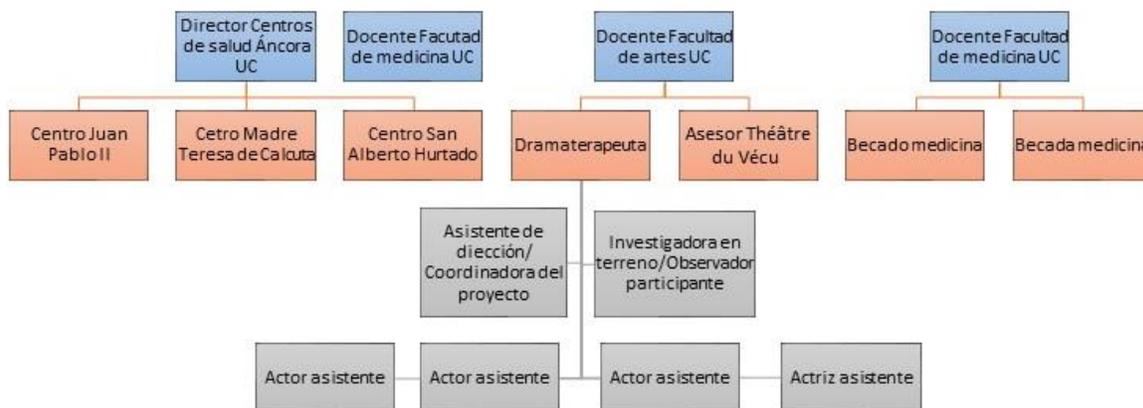


Fig. 1. Organigrama equipo de investigación *Teatro y enfermedad crónica: experiencia, narrativas y puesta en escena 2017-2018*

El equipo que asistía a cada sesión estaba compuesto por dramaterapeuta, asistente de dirección (con formación como actriz), investigadora (con formación como actriz) y dos actores asistente. Las sesiones se dividían en tres etapas 1. Caldeamiento. 2. Desarrollo 3. Cierre. En la propuesta del taller elaborada por la dramaterapeuta y asistente de dirección se señala que ese diseño permitiría tener un:

“primer momento para encontrarnos y detectar por medio de dinámicas y juegos cómo están los integrantes del grupo y conocer qué traen a la sesión ese día. En un segundo momento profundizaremos en los temas emergentes a través de ejercicios corporales, creación de textos y composiciones escénicas. Cada sesión incluye un espacio de cierre para contener y encuadrar temáticas y emociones que pudieron haber aflorado.” [Anexo 1. Propuesta de taller teatro terapia].

Entre los roles establecidos en el equipo, la dramaterapeuta estaba a cargo de dirigir las dinámicas, proponer las actividades y contener las situaciones; la asistente de dirección coordinaba el uso de las salas, el vínculo con los centros de salud y la gestión de los materiales para las sesiones; la investigadora tenía como foco principal registrar en notas de campo la bitácora del taller, grabar audio, video y registro en fotos de las dinámicas; mientras que los actores asistentes tenía por funciones:

1. Atender a las necesidades de los participantes-pacientes, buscando hacerlos sentir cómodos, ejemplificar las actividades para su mejor entendimiento, mediar entre las instrucciones y cada interlocutor, protegerlos de cualquier daño físico.
2. Dinamizar los ejercicios pre-expresivos y fomentar el arrojo a las actividades lúdicas.
3. Permitir un intercambio de conocimientos donde actores y participantes-pacientes podían integrarse y estaban a disposición de las instrucciones y ejercicios que la dramaterapeuta proponía.

De estas tres funciones participaban tanto asistentes actores como asistente de dirección e investigadora. Si bien el diseño de los talleres buscaba “rescatar las narrativas y las historias” de los pacientes para comprender la adhesión o no a tratamientos, el aporte de los actores se centró principalmente en la dimensión performática. En primer lugar la participación de los actores (con ello nos referimos a los 4 profesionales del teatro que acompañaban a la dramaterapeuta, como asistentes de actuación, de dirección o investigador) consistía en realizar los ejercicios propuestos, los que podemos clasificar de la siguiente manera con el fin de comprender la existencia de distintas naturalezas en las actividades [Figura 2. Orden de los ejercicios], pero que convivían al mismo tiempo en la sesión. Por ejemplo un ejercicio predominantemente narrativo al que llamamos Estímulo visual consistía en la selección de una imagen donde aparecía una persona o humanoide desde un stock proporcionado por la dramaterapeuta, la imagen estimulaba la escritura de un monólogo en primera persona del personaje contenido en ella. Inmediatamente después se realizó el ejercicio de llevar al nivel performativo dichos escritos. En este ejercicio las pacientes participaron de la escritura y los actores de la dimensión performativa, pero no fue la constante de las actividades.

Orden	Tipos
Narrativos (donde primaba la escritura, verbalización y el lenguaje de las palabras).	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de la propia historia biográfica. • Construcción de ficción. • Escritura poética y dramática.

Performativos (donde primaba la participación del cuerpo y el movimiento en el espacio-tiempo).	<ul style="list-style-type: none"> • Pre expresividad y conciencia corporal. • Escucha activa y co-presencia. • Juego y representación. • Performance.
---	--

Fig. 2 Orden de los ejercicios

Para comprender la dimensión performática con la que aportaron los actores se debe considerar que el uso o las maneras de hacer con el cuerpo en un taller de teatro no son las cotidianas, es decir, opera una técnica corporal extracotidiana. Esta técnica es parte del entrenamiento del actor y de la norma corporal de cierto teatro: un cuerpo atento, tónico, flexible, dispuesto, que explora nuevas maneras de movimiento y que se reconoce a sí mismo. Eso se traduce en gestos tan simples como que los actores mantenían la concentración al calentar las articulaciones del cuerpo, saltar, sacudir las extremidades y hacer pucheros con los labios porque hay una conciencia entrenada de que aquello le prepara para el correcto (técnico) accionar de su corporalidad, en oposición de las participantes quienes tendían a reírse y sentir legítima vergüenza de realizar estos actos extracotidianos.

Aquí nos detendremos en una reflexión que nos retorna a las corporalidades anómalas. ¿Puede un acto extracotidiano sin un contexto que lo avale ser percibido como una desviación de la norma, es decir como una anomalía? ¿No tiene el teatro sus propias normas, como las aquí señaladas sobre un cuerpos tónico, atento y dispuesto, que dan marco a estas técnicas extracotidianas? Aun cuando estemos hablando del nivel pre-expresivo son acciones no cotidianas y por ello sorprendentes, incómodas y risibles para las participantes. Es en esta dimensión que también el equipo de actores colabora, dando marco de acción a las técnicas extracotidianas y autorizándolas (como actores y como taller) en la medida en que conforman un grupo con los participantes pacientes

Esta estrategia de trabajo en que los ejercicios son ejecutados por el grupo completo de actores y participantes pacientes construye la comunidad efímera del taller, pero es relevante señalar que los actores no participaban de todos los ejercicios preparados por la dramaterapeuta, aun cuando no existía ninguna instrucción que se los prohibiera.

Llamaremos a estos ejercicios como los de *carga terapéutica*⁴². Uno de estos fue el Ejercicio de hablar frente a cámara, del grupo Mujer tu puedes, que consistía en sentarse frente a una *handycam* con la pantalla en dirección a la participante, de modo que se pudiera ver a sí misma frente a frente y se hablara en tercera persona “Yo te quiero decir que eres linda, linda” es una ejemplo de lo que una de las participantes grabó.



[Imag. 1.] Ejercicio de hablar frente a cámara

Esta distinción de la participación revela que, aun cuando algunos autores señalan que la actuación y el teatro poseen un valor terapéutico para el ejecutante (Grotowski, 1992a) y también en tanto cumple un rol social, en una sociedad cada vez más patologizada colmada de cuadros de estrés, depresión, ansiedad, alergias por las ciudades contaminadas, intoxicaciones por el avance indiscriminado de las industrias, entre otras; ver teatro⁴³ posee la capacidad de reflexionarnos como sociedad, de hacer entendimiento del lugar en que nos encontramos, develar nuestras problemáticas. Pero también expone que existen técnicas dirigidas y especializadas para aplicar terapias, en este caso las manejadas por la dramaterapeuta. Entonces es que se abre una brecha entre teatro y dramaterapia a raíz de la propia experiencia ¿Por qué los actores no participaron? Dos lecturas son posibles a la vez que interdependientes: primero, que en honor al tiempo se primaran las experiencias para las participantes, quienes eran las beneficiarias del taller; segundo, que la distancia se

⁴² Nos referimos a ejercicios centrados fuertemente en la dimensión emocional, el autoconocimiento emocional y la elaboración de discurso sobre esas emociones. Se revisará en detalle más adelante.

⁴³ Nos referimos al encuentro espectadores-actores, no a la fábula solamente.

produjeran por enfatizar el paradigma del autocuidado y en ello del autoconocimiento, siendo las pacientes y no los actores quienes pertenecían activamente al escenario médico. Pero además podemos incluir dos factores más: los ejercicios terapéuticos tenían una intención (que no es lo mismo que el resultado, y ambas tampoco con el análisis) sobre las emociones y la elaboración discursiva de estas ¿Por qué el actor se margina de esa experiencia? ¿Es su marco de acción –como rol, entendiendo que la persona aparece a través del rol- la elaboración discursiva de la emoción? ¿Basta para su entendimiento la corporización de las emociones? Claramente existe un factor que distancia el rol de la persona de manera técnica: no alcanza el tiempo para entrar en la vida privada del actor pues el foco de la intervención (y en este sentido si es una intervención) es entregarle herramientas al paciente para elaborar su propio relato, además de la brecha en que el actor cumple con los mínimos operativos en algunas ocasiones y en otras lo supera, especialmente aquellas cuya intención era la corporalidad.

Es necesario revisar entonces, para ver la distancia entre el taller que se aplica, lo que acontece y su análisis, algunas nociones sobre lo que entenderemos por dramaterapia. Nos encontramos desde un movimiento teórico-práctico con fuerte influencia de la psicoterapia (Brodzinski, 2010, p. 2-3) hasta autores que rescatan como de vital importancia la posibilidad de *encarnar* en términos teatrales:

En 1979, la Asociación Británica de Dramaterapeutas (BADth) definió la dramaterapia como:

“El medio de ayuda para entender y aliviar los problemas sociales y psicológicos, la enfermedad y la discapacidad mentales; para entregar una expresión simbólica, a través de la que el hombre pueda entrar en contacto consigo mismo, ambos como individuo y como grupo, por medio de estructuras creativas que involucran la comunicación vocal y física.”

(Meldrum, 1994)

Esta cita deja ciertas preguntas sobre el rol teatral en la dimensión terapéutica y lo sitúa sólo en el nivel de la actuación, pero Sue Jennings, una de las pioneras en el área, ha abordado en su estudio la importancia de la presencia del espectador y la aclaración de que el dramaterapia debe utilizar las dinámicas de la cultura del teatro y no sólo de la actuación:

La definición de dramaterapia dada por Jennings es: “La aplicación de estructuras teatrales y del proceso del drama con una intención declarada, que es la terapia” (Jennings 1992b: 229). Aquí nos encontramos con la frase “estructuras teatrales” que refleja el modelo teatral de dramaterapia de Jennings. Ella no ve a los dramaterapeutas como “psico”-terapeutas, sino como artistas creativos, y ve a la dramaterapia como una profesión cuyas raíces están fuertemente arraigadas en el arte teatral. Para ella, la dramaterapia es forma artística que renueva, en forma constante, la creatividad del terapeuta y del paciente. (Meldrum, 1994)

Bajo esta perspectiva debiéramos considerar que el dramaterapia es un acto de arte y que debería contar con los supuestos de *teatralidad* (Féral, 2004) y *performatividad* (Fischer-Lichte, 2011), este último que conglomerar las materialidades del trabajo teatral, pero ¿Puede cualquier proceso de creación teatral ser terapéutico? Y ¿Es una sesión de dramaterapia conducente a una creación teatral? Si la respuesta a estas preguntas fuera negativa tendríamos que preguntarnos si la teatralidad que el dramaterapia ofrece es la propia de la vida, que podría bien ser equivalente a una psicología del drama, si la respuesta fuera afirmativa habría que detenerse en la dimensión terapéutica del fenómeno espectacular. En esta posibilidad de análisis, es la que sostiene ciertas lecturas del fenómeno teatral espectral como terapia social, pero no es la más extendida en términos de dramaterapia. La definición más usada nos posiciona en una perspectiva del hacer, es decir, el problema se relaciona con una cuestión de objetivos, Brenda Meldrum señala que el dramaterapia es una faceta creativa de la psicoterapia, como lo podrían ser las artes visuales, música o danza, y que su especificidad radica en el acuerdo tácito o no entre terapeuta y paciente de que el trabajo que se está realizando es terapéutico “y donde los objetivos terapéuticos son primarios y no incidentales para la actividad en desarrollo.” (Meldrum, 1994)

De modo que, de no haber una intención terapéutica, la valoración de crecimiento y conocimiento personal queda totalmente en manos del participante, más allá del control de las situaciones por parte del paciente de la terapia, aquí nos referimos a la responsabilidad terapéutica del facilitador, terapeuta o mediador. La cuestión del foco es de relevancia dado

que, si bien la dramaterapia se funda sobre un modelo de apoyo psicológico, se nutre de prácticas corporales propias del teatro y del modelo teatral de acción-observación, pero su énfasis en la reconstrucción del drama de la vida posiciona al cuerpo en dos lugares 1) El cuerpo como actor secundario y 2) El cuerpo como espacio dado. Revisaremos en detalle estas categorías en el siguiente subcapítulo.

Teniendo presentes estos antecedentes teóricos sobre el dramaterapia, los objetivos específicos de la parte práctica del proyecto tenían relación con explorar las vivencias y experiencias de las personas con enfermedad crónica a través de la creación de historias con base en el testimonio real o en la ficción (dramatúrgico), expresión personal (psicológico) y apertura de una muestra a público (teatral).

Los tres grupos donde se realizaron los talleres corresponden a

- Club camino de plata en centro de salud Juan Pablo II, La Pintana (12 participantes)
- Mujer tu puedes en centro de salud Madre Teresa de Calcuta, Puente Alto (10 participantes)
- Taller cardiovascular en centro de salud San Alberto Hurtado, Puente Alto (9 participantes)

Los grupos estaban compuestos por pacientes y un encargado o coordinador que era un funcionario médico: trabajador social, psicóloga y kinesióloga, respectivamente. De las tres experiencias con un total de 31 participantes contabilizados por su participación en la muestra final escénica sólo 1 era de género masculino. Su existencia como grupos era previa a la realización de los talleres de teatro y son catalogados como grupos de “autocuidado” que realizan actividades extra programáticas o de extensión en los recintos de salud primario Acora UC. Los pacientes eran parte de la comunidad de cada centro de salud primaria y las actividades en las que participaban variaban según el centro y el grupo que constituía la misma actividad, así por ejemplo el grupo Mujer tú puedes recordaba que durante las fiestas patrias de 2017 en el estacionamiento del centro de salud se realizó una “fonda” en la que ellas amenizaron la tarde con un espectáculo de cueca (con trajes típicos) y aportaron con empanadas para compartir.

En la introducción de esta tesis se exponía que en principio estos talleres se realizaban para comprender la experiencia de enfermar y cuidar con distintos actores del sistema de salud (pacientes y funcionarios médicos), pero su realización se centró en los pacientes a raíz de las dificultades de los médicos para disponer de tiempo protegido para actividades no orientadas a la atención de público, es decir que quedó en evidencia las exigencias de un sistema primario de atención pública en la que los médicos están sobre exigidos en sus horas dada la demanda; esto coincide con las evaluaciones del colapso de los sistemas de salud a nivel internacional por ECNT (OMS, 2018). Un caso particular fue el del grupo *Mujer tú puedes*: con anterioridad a la realización del taller de teatro la dirección del consultorio habría evaluado que el grupo tenía la capacidad de autorregularse, de modo que reasignaron las horas de su coordinadora en atención a público. La funcionaria en contacto con las pacientes habría solicitado su participación excepcional en las actividades del taller motivada por los afectos, las reclamaciones de las pacientes y su interés en la interdisciplina en salud.

El primer taller, realizado entre Octubre y Diciembre de 2017, fue con el *Club camino de plata*, grupo de adultos mayores con personalidad jurídica (1 de los 91 que existen en La Pintana y que reciben asesoría, incentivo y beneficios de la municipalidad) que participaban en el centro de salud Juan Pablo II. Los adultos mayores que conformaban este grupo se reunían hacía más de once años y habían utilizado distintas sedes vecinales, religiosas, de caridad, como lugar de organización. Al atenderse como pacientes del centro de salud, y producto de un vínculo con este, realizan una alianza en la cual el consultorio se convierte en una sede cultural que fomenta una idea de salud integradora promotora del autocuidado; nuestra intervención como equipo de teatro ocurre justo en el momento en que el club obtiene la personalidad jurídica y ha decidido junto al funcionario del CESFAM darle un nuevo aire al grupo realizando talleres con el apoyo de la institución (que ya ofrecía otros talleres para su comunidad) y no sólo eventos de entretenimiento como suelen ser los clubes de adultos mayores en la comuna. Las sesiones duraban 2 horas y la capacidad de movimiento en el espacio de los participantes era bastante reducida, centrándose la mayor parte del trabajo sobre el relato.



[Imag. 2.] Grupo Club Camino de Plata

El segundo grupo correspondía al grupo *Mujer tu puedes*, nacido al alero de una iniciativa por el control del peso en mujeres que se atendían en el centro de salud Madre Teresa de Calcuta y que luego quedó a cargo del área de psicología reorientándose al manejo de la ansiedad y malestares psico-emocionales, además de continuar con el peso. Por sobre los otros grupos, este era el más reconocido como de autocuidado, en especial por su gran capacidad de organización y la constante realización de actividades por parte de las pacientes, de ello devino lo señalado más arriba. Ante la solicitud de las participantes, la psicóloga regresó para estar presente en las sesiones del taller de teatro. Las actividades eran realizadas con mucho entusiasmo y entrega física, pues, pese a que el problema del sobrepeso era lo que las convocó en su inicio, no era un impedimento para la movilidad. Las sesiones duraban dos horas y se realizaban en una sala multiuso del centro de salud.



[Imag. 3.] Grupo Taller Mujer tú puedes

El tercero y último fue realizado en el marco del *Taller de ejercicio cardiovascular* del centro San Alberto Hurtado, que se componía por un grupo de mujeres que guiadas por una kinesióloga realizaban ejercicios cardiovasculares para mantener la salud. Las sesiones tenían una duración de 1 hora y media, por ello, sesiones breves en comparación con los otros dos talleres realizados. El grupo correspondía sólo a mujeres que participan de un taller de 1 hora de ejercicio cardiovascular; en este caso el ejercicio se iniciaba antes de la llegada del equipo de teatro y se cruzaban las actividades, es decir que al llegar el equipo de teatro, las personas del taller ya estaban haciendo ejercicio, de modo que se continuaba con el trabajo físico pero con fines expresivos. Este taller se realizó durante el mes de Enero de 2018 y tuvo dos sesiones a la semana.



[Imag. 4.] Participantes grupo Taller cardiovascular

Posteriormente a la realización de los talleres se solicitó una caracterización de los grupos a la institución de salud. El resultado es un descubrimiento que se interpreta desde la liminalidad entre institucionalidad y vida cotidiana que tiene el modelo de los Centros de salud familiar Áncora UC de atención primaria: no existían documento donde la institución tuviera caracterizados los grupos pese a la larga data de su existencia. Aún así, al momento de acercarse los docentes UC para solicitar permisos para realizar el proyecto de los talleres, los directores de cada centro Áncora conocían los grupos y fueron capaces de recomendarlos, de entre el abanico de grupos que alojan, como participantes idóneos de un taller teatral.

En cierta medida el consultorio y sus funcionarios conocen de primera línea a las personas que participan de los grupos, de manera verbal pueden señalar quiénes son, que hacen durante las reuniones, que implica para el consultorio o para los pacientes el espacio protegido, cuáles son sus objetivos en el marco de la política del auto cuidado etc. Es una manera híbrida de entender la institucionalidad, aun cuando no sea posible en la institución abrir un lugar para el trabajo de profesionales del área médica en otras áreas del conocimiento.

Los escenarios médicos en donde se realizaron los talleres se ubican en La Pintana y Puente alto⁴⁴ y corresponden a un proyecto nacido al alero de la pontificia Universidad Católica de Chile, que hoy cuenta con la administración de la red Christus UC que participa de todos los servicios de salud ofrecidos por la universidad. Los centros Áncora corresponden a centros de salud familiar de atención primaria, que “ha sido históricamente entendida como un escenario de atención básica de baja complejidad técnica, alta cobertura poblacional y fuerte vinculación comunitaria” (Püschel *et al*, 2013). Al momento de su creación, el modelo de estos centros buscaba instalar una perspectiva de la salud donde la atención primaria cumple un rol crucial en la descongestión del sistema, la educación de pacientes y la satisfacción de los usuarios. Estos, como primera línea de contacto entre la persona enferma y el sistema de salud, en tanto sistema organizado y orquestado para brindar una atención más efectiva (Püschel *et al*, 2013). Corresponde a lo que hemos planteado como un paradigma de acción médica que reconoce que la biomedicina no basta para el tratamiento de la salud, y promueve una integralidad de la atención junto a una eficiente derivación a especialista del sector secundario y terciario.

Fundamentalmente promueve un modelo da salud familiar

“El desarrollo de esta dimensión implicó formar equipos de cabecera que asumieran el cuidado de la salud en tres niveles: individual, familiar y comunitario. Para ello, la atención fue sectorizada y, dependiendo del lugar de residencia, las familias inscritas quedaron registradas con un equipo de cabecera y un profesional preferente para la atención médica individual.” (Püschel *et al*, 2013, pág. 32)

De este modo, lo cual se pudo constatar, se genera una relación entre profesionales y pacientes: se saludan en los pasillos, se conocer sus nombres, cada paciente sabe cual es su profesional de la salud y participa del cronograma de actividades de cada centro (entre ellas la cuenta pública y festejos de fiestas nacionales). Además los centros cuentan con salas multiuso, destinadas tanto a docencia como a actividades de extensión o talleres

⁴⁴ La Pintana es la comuna con un índice de pobreza multidimensional más alto en la región metropolitana según Informe de estimaciones comunales de pobreza, con datos de Casen 2015, del Observatorio Social dependiente del Ministerio de desarrollo social. Puente Alto se encuentra entre las comunas con más pobreza en el número 6 luego de La Pintana, Cerro Navia, Pedro Aguirre Cerda, Colina y Talagante, según informe

extraprogramáticos (como bordado, yoga, pilates, manualidades, y los talleres efectuados en el proyecto aquí analizado).

Los espacios son habitados por los pacientes inscritos, cuentan con una zona de corral infantil, jardines, capillas, además de sala de espera y *boxes* de atención. En este escenario, de diseño y de experiencia, es que se plantean los talleres.

3.1.2. Terapéutica alternativa y la primacía de la palabra

Como revisamos en la primera parte de esta tesis, el asentamiento de la medicina moderna conllevó un proceso de purga de charlatanes, curanderos y chamanes. La patologización de la vida, ha dado espacio para la proliferación de las llamadas *terapias alternativas* dentro de las cuales el teatro terapéutico se podría incluir ¿Dónde está el límite que Le Breton observada entre chamán y charlatán? No podemos obviar que la instalación de metodologías artísticas en escenarios de salud no es una regla, ni siempre es bien aceptado. Esto se debe a la histórica pugna con las medicinas tradicionales, las alternativas y las dulces. Subyace aquí la tensión entre la medicina moderna (biomédica o familiar) y otras medicinas, pero también la tensión entre otras medicinas y el enriquecimiento de algunos que han hecho de la enfermedad un negocio lucrativo que poco tiene que ver con la salud: la charlatanería. Para ambas tensiones el factor económico es crucial, en una época donde la felicidad y el desarrollo se transa en términos económicos, y todas las relaciones pasan a ser relaciones contractuales, la vida patológica de la que habla Illich (1975) es terreno fértil para explotar: si el modelo de vida es el que enferma a las personas, nacerán especialidades para abordar todas las dimensiones de esa vida. Esta perspectiva pesimista sobre la relación de la persona con la sociedad y de las terapéuticas alternativas (Duch, 2002) es la que ha generado resquemores en la integración de las artes y las terapias por medio de las artes en el escenario médico. También se debe agregar el cuestionamiento que Eduardo Menéndez hace sobre las investigaciones en el área médica ¿Qué ocurre con la información ahí emana? ¿En qué se traducirá para los pacientes? (Menéndez, 2017), porque cuando se interviene desde las artes en un escenario de otro sistema social aparece la pregunta por quién es el que gana algo con dicha intervención. La respuesta inmediata es que la comunidad que recibe el taller es la que gana, pero la respuesta no logra siempre superar las desconfianzas. Durante la realización de los talleres en los centro de salud familiar Áncora

UC se expuso esta duda, un paciente preguntó qué ganaban la dramaterapeuta y los actores y si iban a “lucrar” con su historia. Su duda legítima provenía de sus supuestos de lo que era el teatro pues pensaba que se escribiría una obra dramática y se presentaría en salas de acceso al público utilizando su material, diremos su repertorio y sus narrativas, para obtener beneficios. No es claro antes de realizar un taller⁴⁵, ni para profesionales del área médica ni para los pacientes, en qué específicamente el teatro puede colaborar en relación a la ECNT, aunque si hay una intuición (la que posibilitó la realización de los talleres con todos los permisos y conocimiento de las autoridades de los centros).

La incursión del teatro en escenarios médicos tiene su origen en una perspectiva nacida en los años ´60 a nivel global sobre el rol social del teatro (Brodzinski, 2010). Hoy en día sus aportaciones son registradas tanto en un nivel científicista que constata los resultados biomédicos de su proceder, como en un nivel social que da cuenta, por ejemplo de la disminución del estrés entre los pacientes y la posibilidad de mirar en perspectiva la enfermedad con tal de accionar sobre ella (p. 11). Aun cuando se encuentre en escenarios médicos modernos la intervención del teatro busca desarrollar una comprensión holística de la salud, la persona y el cuerpo. Nuestro caso de estudio ofrece además una experiencia estética que debe medirse entre un proceso y una apertura del proceso con público que completa el ciclo teatral y no sólo actoral. El teatro aplicado ha ofrecido un paraguas teórico para estos encuentros interdisciplinarios de prácticas teatrales en otros sistemas, pero es necesario reconocer que existen ciertas resistencias en las intervenciones del arte en la dimensión médica que no son del nivel de la teoría: hemos visto que los tres centros Áncora UC intervenidos poseían salas multiuso para realizar labores pedagógicas que además servían de escenarios para el taller de teatro, pero estas intervenciones requieren de espacios amplios, de constancia de los grupos de participación, de grupos de participantes que interactúan de manera colectiva, lo que no es similar al diálogo uno a uno como el de la consulta; esto implica que debe existir condiciones de las cuales no hay hábito en los escenarios médicos, eso trastoca ciertas normas de espacio, sonido, cuerpos y tiempo propios de la normalidad de un centro de salud. Si pudiéramos decir que existe la performance social médica veríamos que se sustenta en códigos bien establecidos de comportamiento, los cuales se repiten en distintos puntos de Chile; posee dinámicas

⁴⁵ En base a la experiencia vivida

específicas de interacción como si se es paciente se ingresa y se accede a una recepción donde se registra y se anuncia para ser atendido por el médico, se espera, se ingresa a la consulta, el médico pregunta a manera general por la salud y expuesto el motivo de la consulta se procede a la revisión física que desemboca en la conclusión del médico, quien puede recetar medicamentos o no, dicta tratamiento, se despide y acompaña al paciente a la puerta, a salir de nuevo a la sala de espera otro tal como él repite la danza. Incluyamos en esta imaginación que en medio de la consulta con el médico oímos una sirena de ambulancia, lo más probable es que no sea en exceso llamativo pues es un recinto médico. Digamos pues que en vez de la ambulancia oímos unos cantos y al salir vemos personas con vestuarios de clamando versos, lo más probables es que sea bastante llamativo. Esto se debe a que no encaja en la performance autorizada del escenario médico.

El trabajo teatral de taller a la vez posee su propio repertorio de acción. Este desfase no significa que una perspectiva terapéutica del teatro debe asumir la performance médica, puesto que ¿Puede el teatro renunciar a su manera de trabajar con las materialidades de la performatividad y seguir siendo teatro?

El teatro en la salud es una apertura a una comprensión de la corporalidad que debe ser consciente del escenario que habita, de las necesidades de sus participantes, de las posibilidades del espacio. De lo más relevante es la valoración que hacen los pacientes sobre una perspectiva integral del cuerpo como persona y que es en esa construcción corporal donde existen claves sobre la salud, el equilibrio y el *holos*. Más que hacerse cargo del problema de la enfermedad crónica, el teatro es un espacio donde el cuerpo anómalo aparece delante de sí mismo, se reconoce la corporalidad y logar un espacio donde desenvolverse. Cuando el tema en un escenario es el cuerpo y la corporalidad no logra nunca aparecer, se diluye la presencia de la persona y la interacción es un intercambio de información donde la práctica no aparece y ello dificulta la salud del enfermo crónico. Bajo esta perspectiva el teatro en escenarios médicos se inserta en un proceso de alud y no de enfermedad; esto lleva a preguntarse por la necesidad de situarlo en el escenario médico mismo, lo que fomenta aún más la idea de que la clínica o sus variantes son el lugar de la gestión de la salud, aun cuando por otra parte es una manera de validar sus aportes. El ubicarse en el escenario médico le otorga un telón de fondo que fomenta que los pacientes también busquen el vínculo entre el trabajo de taller teatral y la salud. Esto último tiene que

ver también con darle un marco y despegar la práctica terapéutica del teatro de los fenómenos de charlatanería, la débil línea entre las prácticas alternativas, la medicina moderna y la capitalización abusiva de la vida patologizada está trazada en un sistema sociocultural de mercado, y dependerá de las perspectivas (no las intenciones meramente) con que se aborden los problemas.

Para poder poner en práctica lo señalado más arriba, este trabajo pre-expresivo que permita el reconocimiento tanto del propio cuerpo y su corporalidad, como de la sabiduría del cuerpo, el taller de teatro necesitaba un mínimo de eficacia copresencial en tanto:

1. Estar en presencia plena
2. Participación consciente del cuerpo
3. Atención activa
4. Escucha copresencial

En los talleres podemos identificar ciertos ejercicios que cumplían con un rol eficaz:

- *Que venga que se vaya*: aplicado en los tres talleres, correspondía a un ejercicio que implicaba palabra y cuerpo: de pie se mueven los brazos como trayendo algo desde el cielo hacia el cuerpo diciendo “qué venga, que venga” y luego se mueven los brazos sacudiendo las piernas diciendo “que se vaya, que se vaya”, cada quien agrega una palabra de lo que quiere que venga (P.E. alegría, esperanza, etc.) y de lo que se vaya (P.E. enojo, tristeza, etc.). Este ejercicio operaba como un pequeño rito mediante el cual el grupo ponía de manifiesto un deseo con un correlato corporal que funcionaba como ejercicio físico pero también como metáfora estimuladora.
- *Cantos*: esta experiencia estaba a cargo de la dramaterapeuta, quien improvisaba sonoridades con o sin palabras de manera melodiosa. Usualmente se daba en círculo de pie o sentado y con los ojos cerrados. Generaba un efecto hipnótico, la voz siempre usada armónicamente destacaba por un virtuosismo, pero a la vez por un devenir similar a un canto sagrado en tanto una conexión con la espiritualidad. Como señala Brodzinski, gran parte de éxito de una intervención teatral en salud tendrá que ver con la personalidad del artista o interventor (2010, p. 20). La experiencia provocaba desde trances breves, explosiones de risa o llanto, interacción física mediante las manos de los implicados hasta cantos espontáneos que se

sumaban al canto central. La intención ritualizada de estos ejercicios influía tanto en el nivel reflexivo de los participantes como en el de las posturas de sus cuerpos. Sus hombros se alineaban, abrían el plexo solar parándose más erguidos, basculaban la pelvis y repartían el peso sobre la superficie de los pies.

- *Proyección de historia*: consistía, con distintas variables par cada taller, con proponer una historia propia o ficticia para ser representada por otro compañero. La posibilidad de ver, de frente, la puesta en performance de un idea operaba de manera autocomprensiva pero a la vez aportaba una comprensión situada en el mundo donde las historias se comparten, donde existe un cuerpo individual y a la vez colectivo.
- *Relajación con movimientos*: las actividades de articulación, relajación y activación del cuerpo que implicaban una actitud reflexiva y de escucha al propio cuerpo, y en relación a otros cuerpos en el espacio; generaba una satisfacción en los grupos que se manifestaba en un cambio de ánimo. Al igual que los cantos, provocaban todo un movimiento minucioso de las manera en que se posicionaban los participantes: comenzaba con un reconocimiento propioceptivo que dejaba en evidencia cuellos torcidos, cabezas ladeadas, caderas desplazadas hacia atrás, asimetría de los hombros, asimetrías de las caderas, apoyos parciales de los pies; poco a poco se modificaban, con o sin instrucción directa, pero siempre con una inducción. Luego se pasaba a una percepción del otro y del espacio, haciendo experiencia de la espacialidad mediante caminatas con ritmos distintos, con ello se trabajaba la escucha grupal, pero además la noción de un cuerpo que está en el espacio en relación a otro, que dependiendo como se mueva puede chocar, evadir o controlar un movimiento. Este tipo de actividades era ampliamente valorado al punto de señalar una participante de Mujer tu puedes que “deberíamos todas las personas hacer esto todas las mañanas”.

Estos ejercicios develaron una particular presencia de la corporalidad no prevista por el diseño del taller. La eficacia copresencial permitía el desarrollo de la actividad teatral de

taller con una disposición creativa, comunicativa y performática que se desbordaba del foco terapéutico narrativo⁴⁶.

Sobre esto, las humanidades médicas han hecho esfuerzos que han vanado en el nivel narrativo donde prima la palabra hablada. Existe un interés desde la medicina de reestablecer la relación médico paciente ya no en base a la preocupación por la enfermedad, si no que en base a un encuentro humano, sin negar con ello los aportes que la biomedicina ha significado (Besio & Serani, 2014), y para ello ha desarrollado una batería de estrategias centradas en el relato y su interpretación activa (Hamui, Paulo, & Hernández, 2018). La entrevista biográfica y la comunicación dialógica han sido utilizadas para humanizar la interacción en el escenario médico; otros recursos son los rol playing o el entrenamiento con pacientes simulados (Hamui, Paulo, & Hernández, 2018) (Alvarado, 2014). Resulta importante, ante esta estrategia de la interacción hablada entre médico y paciente, retomar las palabras de Sue Jennings en torno a los aportes del teatro en la dimensión terapéutica, si bien la autora con vasta experiencia y una autoridad sobre el tema es enfática en señalar que todos los roles y procesos propios del teatro son parte del proceso terapéutico (diseñador, escenógrafo, dramaturgo, director, vestuarista, actor, bailarín) y que la dramaterapia puede servirse de cada uno de ellos, no se detiene en la relevancia de las corporalidades en el proceso creativo sanador, considera la imaginación, el relato de vida y la historia de las personas que se aborda con *distancia dramática* para conjurar una visión del yo presente y del yo posible. (Jennings, 2006, p. 14). Esto nos presenta un panorama donde la narratividad (la relevancia de la historia) predominaría en el enfoque dramaterapéutico, por lo menos desde su teoría, Jennings misma refiere al cuerpo en su manual como una puerta de entrada a las emociones y por ende el cuerpo es una estrategia para acceder a la narratividad⁴⁷. Ahora bien, en el mismo manual se señala una diatriba al interior del gremio dramaterapéutico sobre la predominancia disciplinar de la psicoterapia que busca maneras nuevas de expresar la emocionalidad o del teatro, entendiendo esta disciplina como constructor de relatos de sentido y anclada a la idea de dramaturgia textual para explicar la performance emocional; Brenda Meldrum señala que para algunos autores la psicoterapia

⁴⁶ Entendemos pues en esta tesis que la terapéutica no es inherentemente narrativa, ejemplo de ello son las prácticas somáticas que lamentablemente no pudieron ser tratadas en este documento.

⁴⁷ Recordamos aquí que uno de los principios del dramaterapia es permitir una distancia entre a situación traumática y la persona que lo ofrece para la escena y/o lo ejecuta escénicamente.

tiene su base en el lenguaje hablado, por lo que el dramaterapia en su base teatral con predominancia en lo sensorial podría trabajar terapéuticamente con personas impedidas del habla, aunque por otro lado ciertos autores defienden la dimensión no verbal de la psicoterapia. Una discusión no abordada en esta diatriba sería la que queda en evidencia al constatar que Jennings desarrolla un modelo teatral, dado que predomina la *distancia dramática* y los participantes no interpreta sus propias historias (Jennings, 2006, pág. 34), obviando que tal como existen distintas miradas al dramaterapia: teatral, psicológico, terapéutico y antropológica; existen distintos enfoques sobre el teatro. Se constata que existe una tradición del teatro en salud con ciertas características enfocadas a una comprensión psicoemocional a través del juego, que al querer implementar una escena incorporará al cuerpo, pero este puede no ser tomado en cuenta.

Esta revisión considera el encuentro entre las humanidades médicas y el dramaterapia y su influencia en los talleres observados para comprender el rol de la narración en la experiencia del cuerpo enfermo y el cuerpo anómalo que acontece con los ejercicios teatrales.

Lo primero será que a mayor presencia de impedimentos físicos mayor es la presencia de narratividad. Esto se da en dos dimensiones, primero la de los pacientes y segundo la del equipo teatral. Sobre la dimensión narrativa, desde los pacientes son factores que influyen:

- (i) El desgaste físico propio de la edad.
- (ii) El desgaste físico propio de la enfermedad.
- (iii) El estado de abandono y las redes de comunicación que posea.

Sobre la misma dimensión en los equipos teatrales, los factores que influyen son:

- (i) Evaluación del estado físico de los pacientes.
- (ii) Atención a los emergentes.
- (iii) Supuestos del cuerpo actoral (y su normalización profesional).

Los talleres efectuados en orden cronológico presentaron una activación física ascendente.



Fig. 3 Relación movilidad-ficción

Siendo Club camino de plata el de menor energía en el espacio y cuya actividad usual era tomar once, seguido de Mujer tu puedes quienes se reunían a conversar, pero dada la importancia del trabajo con la obesidad practicaban football, baile y realizaban paseos al cerro, y el Taller cardiovascular finalmente, dado que lo que las convocaba en el consultorio era la clase de ejercicios a cargo de la kinesióloga.

También es interesante notar que entre más actividad física, o entre más convocante la actividad física, mayor se hizo el nivel de ficción en las aperturas a público o muestras. Este dato de todos modos debe manejarse con cuidado dado que cada taller se adaptó a las posibilidades y necesidades de cada grupo, no aplicándose ni el mismo formato, ni las mismas técnicas. Cada taller constituyó un aprendizaje y un repensar las estrategias para la realización del siguiente.

Las narrativas y corporizaciones que emergieron de los juegos teatrales permitieron conocer información relevante para los centros de salud:

- (i) Automedicación mediante hierbas y medicinas provenientes de la sabiduría mapuche.
- (ii) Co-cuidado en vez de autocuidado.

- (iii) Existencia de hipótesis de sentido sobre la enfermedad.
- (iv) Metáforas sobre la enfermedad.
- (v) Maneras en que se performa con la enfermedad en la vida social

La observación de los talleres permitió añadir a estos descubrimientos la perspectiva que se desarrolla en esta tesis: prácticas corporales no consideradas a abordarse ni en la dimensión médica ni en la teatral. ¿Podría el dramaterapia o el teatro aplicado abordar estas problemáticas? Como ya hemos revisado existe una experticia en el área sobre la triada emocionalidad-mentalidad-corporalidad, siendo el descubrimiento de las maneras en que se performa con la enfermedad en la vida social una de las expresiones más fuertes de la observación de la corporalidad en cruce con la puesta en performance de sus narraciones, improvisaciones, escenas y testimonios: Se descubre a través de lo que ponen en escena las preocupaciones y problemáticas para abordar el tratamiento médico, por ejemplo al referirse a su enfermedad se refieren a sus actividades diarias (cocinar, ducharse, limpiar la casa), jamás a la consulta médica; y por otro lado se hace visible en su físico estar en el mundo cuando surge la pregunta por lo que pasa con la corporalidad, y en ese momento aparece delante de sus ojos su corporalidad, por tomar un ejemplo se realizó un ejercicio donde una paciente vio su propia manera de estar agotada encarnada en una de las actrices asistentes.

Es a través del estímulo narrativo que se da una inevitable aparición de la energía en el tiempo. El taller Club Camino de Plata, con menor capacidad de energía en el espacio no fomentó un trabajo de la energía en el tiempo y priorizó una perspectiva de la palabra, en esto el nivel dramaterapéutico ofreció fuertes conocimiento y estrategias psicoemocionales. En el taller Mujer tú puedes el problema del cuerpo y sus tridimensionalidad ya estaba entre as preguntas de las participantes por lo que hubo presencia tanto de la energía en el tiempo como en el espacio. Finalmente el Taller cardiovascular primó la energía en el espacio.

3.2. CUERPOS ANÓMALOS EN Y DESDE EL TEATRO

En los tres talleres, pese a presentar en mayor o menor medida la narratividad, el momento del encuentro físico es la columna articuladora, con este *estar presente físico* nos referimos a que cada persona se presenta como un ser en completo que se comunica *estando en*

contacto con otros. El taller de teatro no convoca diagnósticos ni tratamientos en un contexto médico que parece ofrecer eso principalmente ¿Qué ofrece en cambio? Un lugar de encuentro. Tomando la idea de Gabriel Giorgi y Fermín Rodríguez

(la vida) encontrarla manifestándose en el umbral de la enfermedad y la anomalía con una intensidad frente a la cual el curso de la existencia banal palidece. La vida arrecia cuando alcanza el límite de sus posibilidades —allí donde la enfermedad, la monstruosidad, la amenaza de muerte, son la expresión del impulso de lo viviente de persistir su ser. (2009, p. 33). El énfasis es mío.

Diremos que sobre el escenario no es que la vida banal palidezca, sino que aquello que ayer era banal hoy puede ser relevante y profundo. Los personajes son tomados por la escena en un momento crucial de sus vidas, siguiendo a los recopiladores Giorgi y Rodríguez, ¿Es la enfermedad, la anomalía, un momento crucial en la vida de quien la padece? ¿Si es así, aparecerá en escena? ¿Qué se pone sobre la escena?

Para el primer taller con el club de adultos mayores Camino de Plata se les hizo un encargo que debían traer preparado para la primera sesión: Debían traer en sus mentes un recuerdo significativo que hubiese generado un cambio en sus vidas, esto estimulado por la propuesta del Théâtre du Vécu y con el supuesto atrás de que la enfermedad crónica se transforma en un hito desde su diagnóstico para la vida de los pacientes. Lo que los pacientes llevaron a la primera sesión, pues en la siguiente cambió el panorama, fueron recuerdos de experiencias con la familia. Los tres recuerdos que se trabajaron en esa sesión fueron Participante G: La memoria del terremoto; Participante B: Accidente en auto; y Participante A: Cuando casi la atropella el tren de niña. Los tres recuerdos fueron narrados y luego representados por el equipo de actores y la colaboración de dos pacientes. En esa experiencia quedaba establecida la duda sobre si para tocar el tema de la enfermedad tendrá que tocarse como tema en la escena. Entonces ocurre un fenómeno distinto la siguiente sesión que nos da luces sobre la experiencia del cuerpo anómalo. Para seguir la huella de la ECNT la dramaterapeuta propone un ejercicio en grupos que consistía en elegir una historia de enfermedad ficticia o biográfica que tuviera un inicio, un clímax y un desenlace, para ello explicó que el inicio es para establecer la situación y darla a conocer a los espectadores

que no sabe de qué se va a tratar la historia, el clímax era el momento más álgido donde se desarrollaba un problema y el desenlace era la solución que se le daba a la situación; dividió los grupos con un actor del equipo en cada uno. Lo que emergió después de la creación de las escenas fueron 4 creaciones en que un protagonista enfermaba y era diagnosticado por un médico de diabetes, enfermedad pulmonar, un tipo de sordera congénita y artrosis, esto lo conocíamos principalmente a través del relato aunque se llevaban a cabo acciones que buscaban hacer visible la enfermedad, elegiremos el ejercicio de R. A. y sus pulmones para dar cuenta de este repertorio de la enfermedad y dar respuesta a las preguntas planteadas en el párrafo anterior: La escena era protagonizada por la paciente que había vivido esta experiencia en su juventud y compartía un día de trabajo de la protagonista como “niña de mano” y cómo a lo largo del día su salud se veía afectada, esto se realizaba disminuyendo la velocidad al realizar las acciones de limpieza como barrer o limpiar el baño, las cuales eran mimadas en detalle; luego en la alteración de la respiración mientras regaba el jardín, siendo más dificultosa y finalmente al levantar objetos del suelo su cabeza era más pesada de lo usual desequilibrándola, además cerraba intermitentemente los párpados hasta que una vecina la veía y ante su estado la llevaba a urgencias. El desenlace contemplaba brevemente un diagnóstico y un momento relevante en que la patrona le dejaba la maleta en el hospital prohibiéndole volver a la casa donde trabajaba y vivía. ¿Qué fue lo que vimos? ¿Será la enfermedad y su subsecuente anomalía una consecuencia de los momentos cruciales de la vida y no el momento mismo? Porque como espectadores asistimos a un trozo de la vida diaria de una persona. Parece entonces que la experiencia del cuerpo anómalo no es un acontecimiento totalizador sino que un proceso que se experimenta en la carne y que necesita ser reconocido-percibido como acontecimiento por alguien (la vecina que la lleva a urgencias). Esto también quiere decir que el cuerpo anómalo tiene una corporización reconocible, es decir que también es visible. ¿Es igual de visible en una crisis como sin crisis? El cuerpo anómalo tiene una dimensión no visible como revisamos en la primera parte de esta tesis, que es invisible tanto porque no ocurre en una dimensión accesible a la vista de otro y porque no se ejerce la mirada sobre ellas, pero tiene otra dimensión que es visible tanto en su energía en el tiempo (lo que parece que no se mueve pero se mueve) como en el espacio (las expresiones más evidentes

de movimiento). Esto es relevante de aclarar, el cuerpo anómalo no es un momento de crisis o descompensación, es el estado de la vida –en este caso- con ECNT.

Gracias a este ejercicio se comprendió durante el taller que abordar el problema de la ECNT a través del teatro no significaba conversar sobre la ECNT, porque aunque se propuso como tema forzado para la creación escénica, lo que brotó del trabajo creativo no fue una reflexión sobre la enfermedad misma, sino que sobre la manera de vivir, sobre las maneras de desplegarse físicamente en el diario vivir.

Los cuerpos con ECNT somos cuerpos anómalos. Tal como Antonio Negri ofrece el concepto de *monstruo social* es que aquí queremos posicionar al cuerpo anómalo en el centro de la agencia de los cuerpos en el escenario médico, “El monstruo es una trama de existencia, es un sujeto que lucha por la vida” (citado en Proaño, 2013, p. 158). Reconocerse y reconocer el cuerpo anómalo es un procedimiento de reapropiación conceptual, puesto que:

- (i) La norma excluye aquello que se diferencia, por lo que la sociedad anomaliza el cuerpo otro (raza, enfermedad, género, poder adquisitivo)
- (ii) El cuerpo anómalo se cataloga como una deficiencia/falta de la moral por lo que su carga negativa lleva a: a) que la norma exija normalización b) que los sectores progresistas exijan la eliminación de la categoría anómala, lo que se traduce en un manto de falsa normalización
- (iii) La posibilidad de vivir la anomalía es perturbadora para el sistema de norma
- (iv) Existen posibilidades discursivas sobre el cuerpo anómalo en respuesta rebelde sobre la norma
- (v) El cuerpo anómalo es tanto una experiencia dolosa como epistemológica: No olvidar que hablamos de enfermedad y el deseo de sentirse saludable es inherente en un proceso de enfermedad, por lo que el posicionamiento de la anomalía como lugar de enunciación es una perspectiva en contra de la normalización, para comprenderse a sí mismo como otredad, y evitar la lucha contra sí mismo por reinsertarse a un sistema del cual no se pertenece en el nivel de las prácticas corporales; esto no en

desmedro del tratamiento del cuerpo-persona enfermo sino como una pregunta a las perspectivas del cómo vivimos en ese tratamiento.

La anomalía, que es la desviación de la norma, es un punto de equilibrio precario, que permite movilizar la acción. Es en la presencia de una anomalía que una dramaturgia, escrita o del actor (Barba citado en Féral, 2004), avanza y las actuaciones se movilizan dado que se quiebra el panorama. La anomalía como condición para la actuación no carga con el peso moral, sino como un gatillante de acción. El cuerpo anómalo es el posicionamiento en la carne, las emociones y el pensamiento del potencial de cambio, del desequilibrio. Valorar un cuerpo como anómalo es reconocer su otredad sin exigirle desprenderse de ella, sino que conocerla y ser experto en ella. Dicho lo anterior de todos modos el proceso de anomalización de los cuerpos trae integrado esta puesta en relación con la norma, siempre está en el horizonte. Las personas con ECNT que participaron de los talleres se encontraban enfrentadas a la siguiente situación: desviadas de la norma de la salud tenían por un lado la búsqueda por retomar su vida como era antes de la anomalización y construir (se) otra normalidad cotidiana.

3.2.1. El cuerpo como actor secundario y el cuerpo dado.

No se trata aquí de una competición de protagonismos entre cuerpo-mente-alma, sino de revisar el lugar que ocupa el cuerpo y sus prácticas en la experiencia dramaterapéutica y teatral observada de modo de comprender cómo afloraron las corporalidades en los tres casos señalados qué estrategias se proyectaron y cómo fueron tratados los cuerpos. En una primera instancia de análisis emergieron dos fenómenos del cuerpo: el cuerpo como actor secundario y el cuerpo dado.

El cuerpo como actor secundario. Al hablar del cuerpo como *actor secundario*, nos referimos a que el cuerpo se considera como un efecto posterior causado por la expresión (puesta en exterior) de algo previo, de un pre-texto (texto previo). Hemos revisado aquí cómo es que existe un cuerpo pensante, de modo que pretender que el cuerpo se manifiesta únicamente como traducción de ideas es reducir su capacidad en la performance cotidiana y sobre todo en la escénica. A través de los talleres la corporalidad estaba al centro de la experiencia que hacían los participantes, la diferencia venía dada por la perspectiva utilizada: ejercicio de gran carga dramaterapéutica como lo fueron:

- Representación de recuerdo personal: en el cual se narraba una experiencia biográfica significativa y era representada por ayudantes actores y participantes.
- Ejercicio de espejo: en el cual se abría una caja con un espejo pequeño y mirando la imagen del propio rostro se reflexionaba sobre el “yo” personal.
- Ejercicio con cámara ¿Qué te dirías a ti misma?: ejercicios que consistía en hablarse a sí mismo delante de una cámara.
- Elección de un personaje que le hubiese gustado ser en la vida: creación de personaje en base a la propia biografía.
- Representación de un jardín de flores: juego en que cada quien elegía una planta o flor y la representaba.
- Que venga, que venga, que se vaya, que se vaya: activación inicial que consistía en mover los brazos y desear algo bueno y rechazar algo malo.
- Entrevista frente a cámara: responder una entrevista sobre la vida personal que se realizaba frente a cámara.

En estas experiencias la puesta en relevancia, no su experiencia, del cuerpo era menor que en los de mayor carga teatral.

El cuerpo dado. Como revisamos en el capítulo 2.2 de esta tesis, al hablar de *cuerpo dado* nos referimos a una mirada del cuerpo en el teatro donde se plantea que es esencial y primario, pero que no es trabajado directamente. El lenguaje del cuerpo queda relegado a un espacio del escenario básico que cada persona trae consigo, inevitable y por su obviedad invisible, como si su existencia ineludible fuese suficiente para no pensar o escucharlo de manera particular, dado que está y emana. Así el cuerpo parece subyacer en otros conceptos. Pensemos en el título del proyecto *Teatro y enfermedad crónica: experiencia, narrativas y puesta en escena 2017-2018*: lo primero que vemos es que el vínculo, teórico por lo demás, es entre el teatro y la enfermedad, el campo es integrado pero no así los actores bastante en la línea de la preocupación médica donde el problema se ubica en la enfermedad; pero a continuación se intuye que lo relevante son los actores a través de la experiencia, como las narrativas, la puesta en escena y la experiencia se encuentran en el mismo nivel, no sabemos aún si se trata de la experiencia de enfermar o de la experiencia escénica; finamente el énfasis sobre las narrativas puede tener su origen en la relevancia de

la hipótesis de sentido para los pacientes, la verbalización de sus experiencias pasadas y la obtención de información para la investigación, esto se acompaña con lógica de la idea de *mise-en-scène* (Cf. Pavis, 2008). Hasta aquí no parece haber mención al cuerpo. Pero en la experiencia este tomó rápidamente relevancia: hablando de enfermedad, aquella que pone en jaque la manera de estar en el mundo, entendiendo que a través de las prácticas del cuerpo aparecemos delante de los otros, que ante la perspectiva y el escenario de la vida el cuerpo está al centro de la experiencia ¿Cómo es que hemos obviado su presencia o no nos hemos preguntado por él? Pues porque como no puede estar ausente lo hemos dado por sentado. El cuerpo dado es obviar el sujeto-objeto de estudio y práctica que es el cuerpo por lo que se hace necesario darle una relevancia o una mirada, microscópica en algunas ocasiones.

En una mirada posterior emerge un tercer fenómeno, que veníamos anunciando: la performance de la enfermedad crónica. En el trabajo escénico, cuyo principal material temático era la vida y/o experiencia de los mismos pacientes trabajado como creación colectiva, las técnicas corporales de la vida cotidiana aparecieron fuertemente, levantarse, comer, dormir, cocinar, limpiar, hacer el jardín, trabajar, festejar, entre otras fueron las actividades que tanto en la mimesis como en el relato dieron luces sobre la experiencia con la enfermedad crónica. Como vimos en el primer capítulo la anomalía amplía sutilmente la definición de monstruosidad dando cabida a esa desviación invisible: puedo ver una cojera por una cadera fracturada y sellada malamente, pero no es posible ver la diabetes. Ahora bien, tal como se nos insta en el capítulo 2, es posible no ver la imagen detenida de la persona con diabetes, pero puedo verla en su accionar, encarnada en el tiempo y el espacio. Tomaremos 5 ejemplos sacados de las notas de campo de los 3 talleres que corresponden a los cuatro campos generales de la ECT y a la depresión, afección que unía al grupo competo de *Mujer tú puedes*.

D señalaba constantemente que le faltaba energía, que le costaba levantarse, que sentía “que me absorbe la cama, como que me tira así (gesto con la mano como si tomara un objeto y lo llevara hacia el suelo) para abajo”, su caminata era lenta y su posición poco tónica; su cabeza caía sobre un costado, siempre el mismo aunque a veces ligeramente desplazada hacia atrás como aplastando las vértebras del cuello.

Los párpados medios caídos y la expresión seria. No sonreía mucho, pero cuando lo hacía abría la boca para sonreír levantando los pómulos y abría un poco más los párpados. Se sentaba con las piernas abiertas y cuando hablaba se miraba las manos, el piso o un punto distante en el horizonte. Nos decía que pasaba varias horas envuelta en una chaqueta de polar tirada en la cama, nos mostraba y se tendía en dos o tres sillas. Los párpados caídos y la posición de la cabeza daban la sensación de que estaba dormida despierta. Con los ejercicios de caminatas, que consistían en caminar por el espacio tomando conciencia del propio cuerpo y de los demás, su postura mejoraba y su atención también. D. tenía depresión y su cuerpo estaba como “inanimado”. Era notorio cuando aumentaba su disposición de energía en el tiempo y en el espacio, sus extremidades ya no parecían moverse a pesar de ella, se movían con ella. Dice que sus compañeras la van a sacar de su casa, que la tironean, que entran hasta la pieza y la sientan en la mesa del comedor a jugar carioca o pote sucio.

Podríamos apresurarnos y decir que su corporalidad responde a su imaginario, el ir para abajo, pero es más llamativo el hecho de que su depresión tiene un correlato en las acciones de sus compañeras, la acción de hundirse o fundirse con la cama y la posibilidad de ser arrancada de ahí.

A Y le gustaba bailar y cantar según nos contó “Fui al evento de la muni el fin de semana, ni le cuento, lo di todo” decía mientras se reía y movía pecho y hombros. Y parecía dejar en posición fija desde la cadera hacia abajo, su torso se desplaza hacia adelante. Ella es diabética y nos cuenta que no le gusta cocinar, que si su vecina no fuera a su casa a buscarla no comería ordenada, su dieta se regula en base a que otra persona se movilice a su hogar “mi vecina me cocina, yo soy una desordenada” y agrega que “de algo hay que morirse”, nos cuenta que ella come pasteles, que le da un “no sé qué” mientras aprieta los puños. Durante la celebración de los 11 años del grupo hay galletas, pastel, queques, pan, sopaipillas, té, café y bebida; Y toma varios vasos de bebida, le pone tres cucharadas de azúcar al té y come torta. Dice que en la mañana hace el aseo y se pincha, no le gusta hacerlo en la tarde.

En la misma dirección que el ejemplo anterior la performance de Y y su diabetes tiene que ver con la producción de alimentos y la lógica que su consumo debe tener para mantener la enfermedad estable, se pone en relación y en actividad con otra persona, la pregunta clave es ¿Por qué esto es relevante? Puesto que su relación con el alimento ahora está medida por su enfermedad que exige una regularidad que no está en sus hábitos.

R.I. nos cuenta que su padre fue muy duro con ella, que nunca la dejó tener pareja de joven y cuando ella quedó embarazada sin estar casada él la golpeó, la echó de la casa aun cuando el padre de su embarazo también la había abandonado. Dice que sólo tiene esa hija. R.I. tiene cáncer vaginal y toma 1 gr de paracetamol al día. Se sienta con las piernas juntas en el suelo, ambas hacia el mismo lado. Tiene el pelo corto y banco, los brazos lánguidos a los costados del cuerpo, nos habla del dolor que se siente, el dolor físico, que en cuesta caminar a veces. De tanto en tanto mueve la cintura y se acomoda en el suelo, se le ve incómoda sentada. Cuenta que es difícil ducharse, que el tema del contacto con el agua o es fácil.

El nivel de la técnica corporal contiene las prácticas de aseo y limpieza, el cáncer de R.I. exige desviar la práctica aprendida.

En medio de la clase la kinesióloga aparece con un aparato para medir la presión y R.O. se acerca rápido, se ve poco equilibrada, aun cuando sonríe, se afirma de los muebles y al llegar a la máquina se sienta rápidamente a su lado. Sonríe y mueve los dedos de una mano “es que me bajó la presión, me pasa hartito, es fome porque estoy entretenida”, dice que no le pasa tan seguido, pero las compañeras se ríen y dicen “por eso tiene un marido grande, para que la levante si le viene el vahído”, R.O. cuenta que su marido mide casi 2 metros, en contraste a ella que mide cerca de 1,55 y que sí, él la ayuda si le pasa en la casa. “es fome porque uno deja de hacer lo que está haciendo aunque no quiera”.

No es la imagen del desmayo la que nos muestra la experiencia de R.O. de su hipertensión, en la puesta en relación con el cuidado del marido, cómo su enfermedad aparece en la convivencia, que detiene sus acciones y él debe atenderla, literalmente recogerla o sostenerla.

El asma de R.A. Inhala y exhala con sonido, es audible a la distancia incluso, su voz es áspera, siempre con sibilancias y un sonido raspado, habla bajo porque se cansa R.A tiene asma crónica grave y antecedentes de enfermedad pulmonar. Creando escenas ella se representa a sí misma cuando comenzar sus problemas respiratorios trabajando como niña de mano: su performance consiste en hacer el aseo en condiciones precarias, pero debe detenerse dado que no puede replicar los movimientos porque se cansa, la reemplaza una actriz. “tenía que sacar la alfombra y sacudirla” y le explica a la actriz cómo lo hacía, tiene muy clara la técnica, es cansador para la actriz que está mimando los objetos. Cuando camina del centro de salud al COSAM donde hacemos el taller, va lento, tampoco se ríe mucho, se usa mucho aire “no es que yo sea pesada” dice, “es que me canso, me falta”.

Finalmente el ejemplo del asma de R.A muestra dos planos, su actual manera de estar en el mundo en consonancia con su enfermedad, cómo se mueve, que decide hacer y no hacer, con su historia y cómo sus enfermedades tienen un origen de sentido para ella en acciones concretas.

No es lo distintas que estas corporalidades se vean de las corporalidades en norma, sino su relación con las prácticas de la vida diarias mediadas por la enfermedad.

3.2.2. Cuerpo teatral de taller no profesional

Esta puesta en relevancia del cuerpo desde ciertas nociones de la especificidad teatral trae aparejado la reflexión sobre las normas y los cuerpos en el teatro. No es posible hablar de un pensamiento de y en los cuerpos sin notar que toda construcción sobre el cuerpo pertenece a una visión del mundo y las disciplinas. Sobre esto mismo es cuerpo disciplinar del teatro tiene sus propios supuestos. Para abordar aquello comenzaremos revisando un ejemplo de la situación acontecida en el taller Club Camino de Plata.

Durante la primera sesión el equipo preparó un ejercicio que consistía en la narración colectiva de una historia a través de la improvisación de la misma, sentado en círculo cada quien debía decir una frase y en el sentido del reloj el siguiente agregaba otra frase. El ejercicio fue muy difícil de desarrollar debido a que no recordaban lo que se había dicho previamente y cada quien comenzaba a decir lo que le gustaba o no de lo que la persona

anterior dijo, del cuaderno de notas de campo se da cuenta de ello “Mg dijo ‘a un dinosaurio que le gustaba ir a la playa...’ y AC continuó diciendo ‘a mí me gusta la playa’ y la mujer a su lado ‘yo prefiero el campo, me gusta más, la arena a mí no me gusta, no, no, prefiero el campo, el cerro, eso’”. Este ejercicio fue el primer antecedente de que el equipo teatral estaba aplicando una técnica que no aplicaba a la realidad del grupo que protagonizaría el taller.

Posterior a esto, durante las sesiones, ciertas exigencias de mantenerse en pie “los que puedan” o “articular los tobillos si puede” o la creación de una escena donde participaban una mujer con principio de Alzheimer y una con sordera aguda y que ante la imposibilidad de desarrollarse debió ser asistida por un apuntador, hicieron aparecer la pregunta por los supuestos corporales, o exigencias supuestas sobre el cuerpo en la técnica actoral y de taller teatral que podían estar en choque con la realidad de los grupos.

Es aquí que la idea de cuerpo disciplinado en la revisión que hemos hecho se hace más evidente y también una diferencia entre práctica teatral y de taller teatral en otro sistema social. El cuerpo del profesional del teatro es un cuerpo entrenado, ese entrenamiento se basa tanto en actividad física, psicofísica, emocional y lúdica; muchos de los juegos utilizados para el entrenamiento de actores pueden ser aplicados a otros grupos sociales, pero al parecer bajo un trabajo teatral-corporal está la premisa del cuerpo sano. Este cuerpo debe estar dispuesto a un entrenamiento metódico que le permita un proceso de autorrevelación del sí mismo, ser capaz de dar y recibir y eliminar las resistencias del proceso creativo, en lo que llama la *vía negativa* que consiste en eliminar los obstáculos y viejas costumbres. Este proceso de entrenamiento está dirigido a perfeccionar al actor en cuanto individuo y es un proceso particular del cual no hay una receta a repetir sino el arduo proceso de conocer la propia práctica, despojar al cuerpo de ella y lanzar al actor a lo desconocido (Grotowski, 1992a).

Pero por encima y más allá de toda eficacia metodológica, se abre una nueva perspectiva para el espectador: la perfección del actor constituye un acto que trasciende los tibios actos de la vida cotidiana frente a los conflictos internos entre el cuerpo y el alma, el intelecto y el sentimiento, los placeres fisiológicos y las aspiraciones espirituales. Por un momento el actor se

encuentra fuera de los semicompromisos y conflictos que caracterizan nuestra vida diaria. (Grotowski, 1992a, p. 92)

Esta santificación del actor requiere de una disposición que en el escenario de los pacientes no es pertinente ¿Por qué? Salvo que la experiencia busque formar actores, hacer aparecer los cuerpos en la práctica de teatro en el sistema de salud debe adaptarse a las necesidades propias de los participantes ¿Hay algo de la vía negativa de hable de un cuerpo ideal? En su propuesta Grotowski es enfático sobre un cuerpo dispuesto a descubrirse a sí mismo y en relación con otros. Esto deja ver la posibilidad de que en los actores como personas formadas en la técnica del teatro subyacen los supuestos de sus propios cuerpos: jóvenes, activos, sanos.

Todos los cuerpos se inscriben en técnicas y prácticas corporales propias de sus culturas, sociedad, familias, subculturas y disciplinas, son disciplinados, las normas sobre las prácticas de los cuerpos surgen en la construcción de una comunidad, la pregunta pertinente es si estas disciplinas son ejercicios de coacción. ¿Es un ejercicio de poder sobre el cuerpo del actor? ¿Es su aplicación un ejercicio de poder sobre el paciente? ¿Cómo hacer dialogar la técnica disciplinar con la aplicación?

El trabajo de la corporalidad con pacientes con ECNT es una perspectiva que emana del escenario médico y la experiencia de los propios cuerpos, en ello, una intervención teatral – a la manera que se plantea la vía negativa- debe observar sus propios supuestos: para acercarse los cuerpos, cómo nos acercamos a los cuerpos.

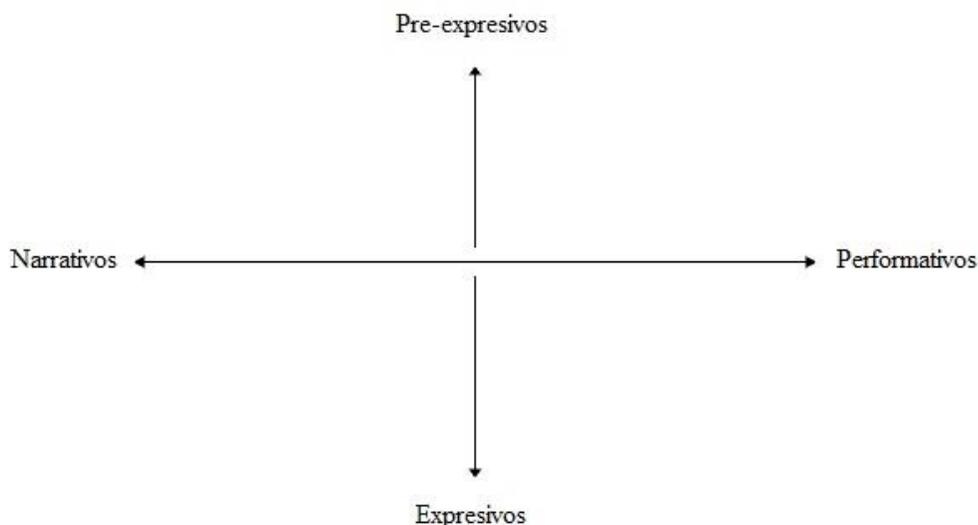
3.2.2.1. Los ejercicios

“La gimnasia la tenemos en la lengua”.

(Participante Y, del grupo Club camino de plata)

Todos los ejercicios de los talleres presentaron dimensiones de pre-expresividad, expresividad, narratividad y performatividad. Diremos que un ejercicio pre-expresivo es el que busca una energía extracotidiana (sea en el espacio o en el tiempo), un ejercicio expresivo el que se comunica en el lenguaje verbal inteligible, los ejercicios de narratividad como aquellos basados en la construcción de fábula y los performativos como aquellos donde la presencia juega un papel más importante. Se puede señalar mayor o menor

preponderancia de estos cuatro, pero nunca su presencia absoluta sin compañía de las otras tres.



A continuación revisaremos ciertos ejercicios que han sido seleccionados en base a su pertinencia con los conceptos revisados a través de este documento.

La Lucha contra la vida: la participante D del grupo Mujer tú puedes comienza su intervención diciendo que ella es una luchadora, que le cuesta pero que todos los días lucha contra la vida, le da la pelea. Ella ha escogido para el ejercicio Estímulo visual una tarjeta con una con un personaje oscuro, como pintado a carbón, pelo negro y mirada ojerosa. Es una imagen de una mujer en cama, una compañera se ríe, ella dice que a D le gusta estar en la cama. Lee su monólogo:

“Yo, D, en mis pensamientos de haber tenido un día tal vez difícil, tratando de pensar cómo resolverlo, buscando soluciones en mis pensamientos y queriendo descansar y resolverlos pronto para ser la misma de antes, gozar de los momentos buenos, disfrutar la vida día a día”

Después explica “Quería descansar”. La dramaterapeuta pregunta qué le aquejaba al personaje que necesitaba descansar y D responde “A ella le aquejaba el cotidiano, el día a día”. De algún manera la participante D, pero también cada participante, se ha identificado con su escrito.

Deciden como grupo unirlo con otro monólogo que habla sobre un personaje que siente que puede volar, que es liviano y que entre más alto y liviano vuela, más feliz es. Fundan esta elección en que el pesimismo del personaje de D era “parecido a ella” y que la alegría del otro monólogo les recordaban cómo ellas mismas iba a buscar a D a su casa cuando estaba con “la depre”.

Ante nuestra curiosidad y sin ser necesario solicitarlo, nos muestran cómo la iban a buscar: las compañeras entran a escena y, de modo general, se abalanzan sobre D, la tocan, la toman, la abrazan y la levantan de la cama ficcional, dicen “vamos D, vamos, levántate, aquí estamos nosotras”, cuando la levantan hasta ponerla de pie, sonríen y celebran, nos miran y D se quiebra. Como nos ofrecía López-Petit una explicación de sentido en el primer capítulo de esta tesis, la lucha no siempre es por la vida, si no que se intuye algo alojado en la vida, en esa que nos convierte en nudas vidas, que cada paciente crónico puede enfrentar: la vida misma como una dificultad. Pero la intervención de sus compañeras y su representación-presentación del cómo es que la sacan de la cama nos expone una vida en común que no tiene posibilidad de ser nuda vida. El co-cuidado tiene sus prácticas particulares que ellas representaron: como ingresar a la casa de D a veces saltando la reja, otras por que el marido abre la puerta, entrar en su pieza, sentarse en la cama al lado de ella o rodearla entre las compañeras, tomarla para levantarla aunque ella no quiera, sacarla de la pieza, sentarla en el jardín o comedor y preparar un café o té, sentarse con ella y conversar temas diversos.

La previa: para cada taller los ejercicios preliminares fueron distintos. Club Camino de plata es un caso interesante de trabajo preliminar, pese a que los ejercicios centrales incorporaban la movilidad en el espacio en distintas intensidades, el ejercicio previo se comenzó utilizando para conversar. Los participantes llegaban poco a poco y se instalaban en las sillas dispuestas, algunos más extenuados que otros por las caminatas desde sus casas al CESFAM en relación a sus malestares físicos. Más que ningún otro grupo la *falta de firmeza y equilibrio*, el *infirmus*, se expresaba en estos participantes. 2 participantes tenían problemas evidentes de displasia de cadera lo que las obligaba a andar con bastón, caminar lento, cojear notoriamente; 2 tenían glaucoma, 5 artrosis, 3 diabetes, 7 problemas

cardiovasculares, 1 Alzheimer. Se viajó desde sesiones donde se preguntaba ¿Cómo estamos? ¿Como qué clima nos sentimos hoy? A practicar un calentamiento físico similar a la gimnasia sueca de bajo impacto. Sucedió que durante uno de esos ejercicios previos se les solicitó hablar de cómo había sido su mañana, la actividad que emergió de esos testimonios se tituló *expost* El jardín de las flores: Varias participantes coinciden en el cuidado de las plantas y el jardín como principal actividad de gozo en sus hogares, confesando una adoración a las flores, varias demuestran un conocimiento de las plantas medicinales.

M: En el jardín me dio la agilidad, el jardín me sube el ánimo, veo crecer mis verduras y me sube el ánimo. Aquí a mi vecina la Rosita le crecen todas las plantas.

R: las plantas me dan vida y yo les doy vida a ellas.

M: a mí me gusta el jardín, uno ocupa la mente, todo el cuerpo en el jardín.

B: Hay un huerto atrás del cesfam, yo trabajaba allí, limpiando.

Como muchos de los asistentes gesticulaban con sus caras, utilizaban sus brazos (y a veces pies) con ademanes periféricos y se movían en sus asientos para enfatizar las frases que decían o mostrar la magnitud de sus plantas, la dramaterapeuta decidió dar espacio a esas corporizaciones explicativas. Nos pide que nos pongamos de pie y cerremos los ojos, que imaginemos una flor y que tratemos de traducirla en nuestro cuerpo, al abrir los ojos muchos tenemos los brazos hacia el cielo, moviéndonos de un lado para otro como si el viento nos meciera. La participante G, quien destacó por su énfasis en el cariño que les profesaba a sus flores entra, nos saluda, besa y bendice a cada uno. Estas corporizaciones explicativas emanaron como parte del repertorio de movimientos codificados del grupo y más que traducir y expresar una imagen previa cumplían la misión de traer al presente delante de la mirada del otro la propia percepción del vegetal, entonces largo y alto respondía a ademanes con ambos brazos, uno hacia el cielo y otro hacia el suelo acompañados de una mirada que subía siguiendo el brazo hacia el cielo; frondoso sería acompañado de una extensión de los brazos hacia los costados del cuerpo y los pies levantado del suelo como si se quisiera abrazar el arbusto o planta. La corporalidad superó la dinámica de la conversación. El relato se enfrentó a un cuerpo que se emana. En el día a

día no nos movemos como si fuéramos plantas ¿Qué necesidad había de utilizar esos movimientos para narrar la experiencia de una mañana común?

Yo aumentado: Si declaráramos que el cuerpo anómalo se diferencia de la norma, pero no genera nueva normalidad, debemos tener presente que la confusión sobre la nueva normalidad se basa en la anomalía invisible que puede ser la ECNT. Para dar luz sobre este problema el ejercicio de creación de personajes que ocurrió en el Taller cardiovascular prestó cierta información. En primer lugar debe señalarse que en este grupo se operó de la siguiente forma: clase introductoria donde cada participante se presentó y contó en un círculo, sentados en el suelo qué enfermedad tenían, qué sabían del teatro y un poco de su vida personal, dando paso a la creación de un esquema con el ejercicio Elección de película, personaje, tiempo y escena, que contenía el tema de una película que quisieran crear, la trama, conflictos, escenarios, tiempo y personajes, los cuales debían elegir para sí mismo; esta creación al estilo del trabajo de mesa implicó que los participantes eligieran un personaje mezclando su propia historia de vida y llevándola más allá de la realidad, es decir, encontrando un sentido al personaje ficticio que se proponían en relación a ellas mismas; como fue el caso de R.I., quien eligió una monja “Porque mi papá no me dejaba salir ni nada, y cuando quedé embarazada me sacó la mugre y quería que yo abortara, y en verdad por esas actitudes de él yo nunca he podido estar con un hombre, por eso moja”; o R.O., quien eligió un guarda parques como personaje por ser “algo distinto” pero durante el curso de los ensayos dejó aflorar su “espíritu docente, porque el guarda parques enseña igual que yo que soy profesora”. Posterior a esto se realizaron ejercicios de improvisación y luego sesiones de ensayo integrado paulatinamente vestuario, utilería y escenografía. El proceso completo culminó con la presentación de una muestra a público de una ficción sobre el abandono de los familiares mayores. Lo interesante del proceso, para nuestros efectos, fue el hecho de que los personajes fueron creados ampliando las movi­lidades de los participantes que los encarnaban: sus gestos se repetían en el escenario ficcional pero dislocando el nivel de lo cotidiano como sacarse el pelo de la cara contorneando el cuerpo entero, cojear de manera visible cuando en la vida cotidiana esa cojera era sutil y poco perceptible, ahogarse haciendo notar la falta de aire y no pretendiendo esconderla, el yo ampliado, la desviación ampliada. Este procedimiento, más que una comprensión de lo teatral es leído como un reconocimiento de esas diferencias corporales y una puesta ante los

ojos del otro, se hace la anomalía invisible algo maravilloso, un viaje desde el percibirse a sí mismo hacia el mostrarlo. La participante A.Z. señalaba “Yo soy vieja, me muevo como lola pero soy vieja, hagamos a la abuelita más vieja, aquí tengo un jorobita, hagámosla curcuncha” en un claro interés por expandir hacia el espectador esa diferencia corporal, ese cuerpo anómalo como material para que el espectador comprendiera. ¿Podríamos decir que la toma de conciencia de esa anomalía invisible operó como procedimiento pre-expresivo? Si las instrucciones de los ejercicios no direccionaron el trabajo del cuerpo y aun así este aparecía como un agente central, estímulo de creatividad, es posible que un trabajo direccionado a fortalecer estos procedimientos (entre propiocepción y presentación delante de un espectador) de corporizaciones estimule un pensar con y desde el cuerpo.

3.2.2.2. Uso del espacio

El cuerpo es un fenómeno que puede ser reflexionado en relación a la espacialidad que habita y genera, uno de los principales choques entre la propuesta de realizar un taller de teatro en un escenario destinado a la gestión de la medicina fue el uso de los espacios. Los centros Áncora UC cuentan con salas multiuso. Para los tres casos la sede del taller tuvo distintas características y distintas problemáticas.

	Características	Problemáticas
CESFAM Juan Pablo II Club Camino de Plata	<ul style="list-style-type: none"> - Se encontraba fuera del recinto del CESFAM. - Contaba con un área central no muy amplia, un baño y una zona habilitada como cocina. - Se iluminaba con luz artificial y con luz natural que 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para establecernos en una sala - Dificultad de ingreso debido a que se tenían que recoger las llaves, llevar sillas y trasladar los enceres de los participantes desde el CESFAM hacia la sala.

	<p>ingresaba a través de la puerta de vidrio.</p>	
<p>CESFAM Madre Teresa de Calcuta Mujer tú puedes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sala amplia con grandes escritorios con computadores y dos mesas centrales. - Ingreso de luz natural. - Se encontraba en el área de administración, colindando con las oficinas de las secretarías. 	<ul style="list-style-type: none"> - Filtración de sonido del taller hacia las oficinas. - Limitación de la actividad sonora del taller.
<p>CESFAM San Alberto Hurtado Taller Cardiovascular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sala iluminada con luz artificial y con presencia de pequeños tragaluces. - Contaba con una bodega con artículos deportivos como colchonetas, balones de ejercicio, etc. - Se encontraba al interior del recinto del CESFAM pero en un ala independiente de las consultas, ala de espera y oficinas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aglomeración de materiales deportivos

Cuadro resumen Características y problemáticas salas para taller.

¿Cómo nos movemos en estos espacios? En cada sala se establecieron dinámicas de habitar, que tienen que ver con las corporalidades que accedían a cada lugar, así Club Camino de Plata se desarrolló con dinámicas de movimiento lentas para ingresar a la sala aun cuando los participantes se presentaban a la hora, el hecho de encontrarse fuera del CESFAM provocaba que los participantes llegaran primero por su indumentaria cotidiana consistente en termo, tazas, té, café, hierbas, azúcar y endulzante; originalmente este grupo tenía por locación el comedor del centro de salud, pero la primera sesión de taller ocurrió al interior de la capilla ya que el comedor se encuentra habilitado con mesas y sillas que impedirían realizar un círculo o moverse libremente, por otra parte la sala multiuso se encontraba ocupada por un taller de tejido. La capilla presentaba problemas de humedad y una acústica que dificultaba el habla, y apareció la posibilidad de otros lugares en mejores condiciones; de ese modo la sesión siguiente tuvo como escenario el Centro de salud mental (COSAM). La sala correspondía a una casa frente al centro de salud que había cumplido distintas funciones como ser la sede de entrega de anticonceptivos o controles médicos periódicos.



COSAM Juan Pablo II

Este escenario correspondía a una casa modificada, lo que por un lado se traducían en la manera de desenvolverse de los participantes que hacían uso de la cocina, llevaban plantas para adornarlo y regaban el ante jardín similar al cuidado de una casa, y por otro lado se

contaba con un espacio reducido para realizar actividades lúdicas teatrales. La avanzada edad y los problemas físicos presentes en el grupo hacían necesaria la presencia de sillas, las cuales también ocupaban espacio del recinto. Si ya hemos establecido que en la participación de los actores asistentes había una técnica corporal particular, ahora vemos que ese trabajo teatral tenía ciertos requisitos para el despliegue corporal en el espacio difíciles de practicar en un lugar así.

Para los grupos *Mujer tú puedes* y *Taller cardiovascular* la situación variaba un poco: ambos se desarrollaban en espacios amplios al interior de los recintos de los centros de salud, aunque *Mujer tú puedes* se ubicaba en una sala con computadores a ambos costados que miraban hacia la pared y tres mesas grandes que podían moverse los límites de la sala, pero que usualmente estaban llenas de comida (galletas, te, café, frutas frescas, maní, pasas, etc.) por lo que atraían la presencia cerca de ellas. El *Taller cardiovascular* se realizaba en una habitación independiente del ala central del centro de salud y contaba con su propia bodega anexada donde se guardaban colchonetas, balones medicinales, pelotas de Pilates, alfombras de yoga, varas de madera entre otros artefactos propios de la actividad gimnástica.

En el grupo *Mujer tú puedes* el uso del espacio variaba durante la misma sesión: se comenzaba en un círculo sentadas en sillas, a veces tomando desayuno, luego se pasaba a un círculo de pie para un calentamiento y finalmente se le otorgaba la calidad de espacio escénico ya sea utilizando el centro del círculo como generando una parte para espectadores y otra para actores. La posibilidad de tener un espacio escénico, es decir, de deshomogenizar el espacio permitió observar las técnicas corporales de mejor manera: su postura, la falta de verticalidad y simetría de la posición de pie, la falta de equilibrio en la caminata y el bamboleo en desplazamientos más largos⁴⁸; o prácticas presentadas como ficción: la manera de comer, la manera de cocinar, la manera de expresar cariño a través de la cocina, la manera en que se da el cuidado como un acto copresencial como ejemplo de las mujeres que saltaban la reja de ser necesario para sacar a la participante D de su encierro y “bajones de depresión”. El espacio permitía realizar las acciones, pero impedía

⁴⁸ Nos preguntamos, al cierre de estas reflexiones, si la posibilidad de observar prácticas de taller teatral sería fructífera para un espectador médico que trabaje con estas pacientes ¿Cuántas posibilidades tiene el médico de ver a su paciente en acción en una instancia donde podría conversar con él o ella teniendo ambos un feed back?

tener privacidad sonora pues se filtraba el sonido a la zona de secretaría, por lo que se recibieron quejas e interrupciones en diversas ocasiones.



Mujer tú puedes

Con Taller cardiovascular la ausencia de sillas impedía que las participantes se detuvieran a descansar o se separaran de la actividad de creación-ensayo, también influía esto en que se mantuvieran atentas constantemente. El espacio se ocupaba por completo por el círculo de pie en el que se estaba trabajando, y la actividad física definía que sus cuerpos, corporalidades anómalas por la ECNT fueran cuerpos dispuestos y en ocasiones más tónicos. La falta de ventanas y la separación del ala central del consultorio permitían generar sonoridades sin la preocupación de interrumpir el desarrollo de las actividades propias del lugar. Su distribución pequeña y de estructura cuadrada (todas las paredes medían lo mismo) evitaba que se separaran grupos pequeños y esto repercutía en que el trabajo era uno sólo aun cuando algún participante no entrara a escena hasta el final.



Taller cardiovascular

Estas distintas opciones de espacios ofrecidos por los centros de salud influyeron fuertemente en las prácticas que se desarrollaron en ellos y es un factor no menor a considerar en un diseño de taller teatral, pues está a la base de qué concepción de teatro estaremos usando. Es además muestra de que existe una relación multidireccional entre las prácticas y las espacialidades (Fischer- Lichte, 2011), lo que puede ofrecer una novedad a la medicina: la corporalidad, y ella sus afecciones, no puede ser tratada fuera de su espacialidad.

3.2.3. Cercanía con la imprevisibilidad, lo irrepitable y el presente

“Observa “el sencillo efecto de reubicar el cuerpo en una postura general que *evoca* pensamientos y sentimientos asociados, en uno de esos estados del cuerpo inducidos que, como bien saben los actores, dan pie a estado mentales.””

(Csordas, 2015, p. 23)

De entre los principios que se abordaban en los tres talleres estaba el de estar presente. Una doble comprensión permite a ese concepto hacer parte en el lenguaje teatral, primero en relación al estar en un espacio y tiempo determinado con los sentidos, la conciencia, concentración y disposición corporal ocupados en dicho espacio y tiempo, segundo relacionado con la presencia escénica que entenderemos como la energía que emana de la corporalidad del actor (Barba & Savarese, 1988, pág. 65). Ambas se conjugan y se buscaron conjugar en los talleres realizados. Pareciera ser que la vida patologizada lo es en

parte por la incapacidad de estar en presente, de modo que una disciplina que busque aquello representaría un aporte de nivel terapéutico, de ahí que prácticas como el *mindfulness* tengan, como señala Duch, tanto éxito (2002).

El proceso de creación de taller teatral, las dificultades por delinear la frontera entre dramaterapia y teatro, la omisión y aparición de los cuerpos en aras de una muestra abierta al público se transforma en un espacio de experimentación tanto para participantes pacientes del taller como para el equipo teatral. Un experimento será una apuesta, ensayo y error donde nos arriesgamos a lo imprevisible, aquello que corresponde a lo que nos sorprende puesto que no se esperaba y aquello que asociamos a la espontaneidad; sorprende por introducir la novedad. La novedad en los cuerpos es una de los resultados de los procesos creativos que buscan en el trabajo corporal desprenderse de los “ruidos” de los hábitos (Grotowski, 1992a). A diferencia del postulado de Grotowski, el cuerpo anómalo tiene sus propios ruidos de los cuales no se puede desprender. ¿Cuál sería la novedad de un trabajo corporal con el cuerpo anómalo? Reconocer esos ruidos, que son más bien pequeños murmullos: inhalar lentamente cuando se prevé una crisis de asma como lo hacía la participante R.A. de Club camino de plata, o rechazar un trozo de torta, restarse un cumpleaños, llevar un recipiente con comida propia, o frotarse las manos constantemente por la artritis, casi imperceptible. Reconocer en las técnicas y prácticas corporales que la anomalía emana constantemente. Es en ese sentido que el ciclo completo del teatro donde se completa a la hora de aparecer delante de otros, los espectadores se refiere a la posibilidad que genera el acto irrepetible (aun cuando sea repetido y ensayado, siempre será irrepetible), se evoca al acto único que no se refiera meramente a la experiencia única de un fenómeno, sino a comprender que cada vez que se realiza una experiencia con o sin partitura, replicable o no, existe algo que lo hace irrepetible. Esa irrepetibilidad vienen dada por la conjunción del cuerpo fenomenológico, aquel que es el actor (Fischer- Lichte, 2011), y el cuerpo ficticio que nace de la performance escénica. En los talleres no se les pidió a los participantes que encarnaran un rol, ni existió guion dramático, lo más cercano fue a

creación de un documento similar a un *canovaccio*⁴⁹ con las marcas de los ingresos de personajes en el grupo Taller Cardiovascular.

La imprevisibilidad, lo irrepitable y el presente eran atributos de lo que Antonin Artaud buscaba en su teatro (Pavis, 2008) renunciando a la primacía, o incluso a la presencia, de texto como antecedente y regidor de la escena, así dejar aparecer el cuerpo anómalo ya no como discurso, ficha o relato psicológico, sería una posibilidad de crear una escena del teatro aplicado en la ECNT cuya característica sea escénica. Artaud con estos tres postulados no se refería un descontrol total, si no que hacía notar cierto carácter de los rituales que debía, a sus ojos, ser parte del acto mismo del teatro, entonces nos preguntamos ¿Cuál es la dimensión terapéutica del teatro? Quizás es preferible no hablar tan sólo de la dimensión terapéutica, sino del aporte disciplinar del teatro en este universo terapéutico. Estos tres elementos eran considerados como básicos de la experiencia ritual aun comprendiendo que los rituales poseen su propia partitura. Los principios de imprevisibilidad, irrepitibilidad y presencia convocan una experiencia de los cuerpos mucho más compleja que el ámbito de la espontaneidad ¿Si no hacen referencia únicamente a un fenómeno efímero, a qué? Pareciera ser que estamos hablando de una dimensión metafísica de lo que Artaud esperaba que provocara el actor, aquello que Csordas nos recuerda en el texto citado a comienzos de este apartado⁵⁰. La capacidad de dar vida a una acción vaciada de ella y en ello hacer una comprensión encarnada, el taller de teatro se realizó y la experiencia de ahí emanada no existe en otra parte más que en las personas participantes. Con resultados que son un misterio para el actante y el espectador, cuya performance es única en tanto conjuga el cuerpo fenoménico en un espacio tiempo determinado y exige un compromiso integral de la constitución de la persona. La experiencia de los participantes de los talleres de teatro acá analizados valoró la instancia de la presentación delante de un público, de ser vistos.

⁴⁹ Documento proveniente de la Commedia dell'arte que listaba los personajes, entradas y salidas de escena, y los acontecimientos más relevantes que debían suceder sin entrar e descripciones del detalle ni contener los diálogos pertenecientes a la escena, puesto que estas se improvisaban.

⁵⁰ “Observa “el sencillo efecto de reubicar el cuerpo en una postura general que *evoca* pensamientos y sentimientos asociados, en uno de esos estados del cuerpo inducidos que, como bien saben los actores, dan pie a estado mentales.” (Csordas, 2015, p. 23)

El grupo Mujer tu puedes le solicitó a la dramaterapeuta a mediados de la realización del taller si podían replicar un ejercicio que habían realizado años antes con la terapeuta ocupacional. Este consistía en mirarse en un espejo al interior de una pequeña caja y pensar como estaba uno mismo. Cuando se finalizó el ejercicio y se abrieron palabras, el resultado fue una amplia descripción de sensaciones físicas “Algo en la guata” “Me dio un escalofrío” “Me siento distinta, mi cuerpo esta distinto a la primera vez que lo hicimos. Y eso me gusta”. El principio de irrepetibilidad operó como impulso de un nuevo conocimiento corporal. Si hasta ese momento la problemática de la obesidad había sido tratada como un problema emocional, de pronto la percepción de sí mismas se exponía en términos corporales, y lo más interesante es que el espejo medía cerca de 7cm x 4 cm, es decir que se lograba ver en él tan solo una fracción del rostro. Tres cosas se desprenden de esto, lo primero es que existen expresiones sobre lo que ocurre en una persona que no pueden señalarse sino explicando qué ha ocurrido en/con el cuerpo; segundo, que hay respuestas corporales (sensaciones, acciones, emociones) que no son resultado de un pensamiento sino que al revés: estimulan el pensamiento; y tercero que es posible reflexionar propioceptivamente el cuerpo, es decir, sin necesidad de verlo por completo.

Estos aspectos, a la base de una intuición del actor francés sobre lo que hoy manejamos como dimensión performativa, forman parte ineludible de la experiencia de un taller teatral. Su potencial permite adentrarse en dimensiones exploratorias a través del teatro. Esto quiere decir que son maneras de abordar el trabajo con el fin de generar nuevos conocimientos, particularmente aplicados a un cuerpo que piensa. Se nutren necesariamente de un trabajo con:

- (i) La memoria física.
- (ii) La construcción de partitura.
- (iii) Cualidades del movimiento.
- (iv) Hábitos gestuales.
- (v) Tonicidad muscular.
- (vi) Escucha corporal.
- (vii) Tridimensionalidad del cuerpo.
- (viii) Voz en el cuerpo.

(ix) Mirada periférica.

Estos aspectos conforman una política sobre el cuerpo que piensa. Para explicitar el vínculo tanto de estos con la práctica de los talleres de teatro como con los conceptos utilizados diremos que conforman los hábitos y se alojan en las técnicas corporales para poner en acto la corporalidad, en nuestro caso, anómala; Posibilitan el trabajo escénico, permiten revisar la propia corporalidad, su desviación, moldear nuevas desviaciones y ponerlas en relación con otros y con el medio. Reconocer mediante la memoria física y los hábitos gestuales el propio físico estar en el mundo puede poner en valor las prácticas corporales; trabajar la tridimensionalidad del cuerpo y sus cualidades posibilita experimentar nuevas prácticas corporales y reconocer que el cuerpo es un proceso y un potencial, que para nuestro caso se desvía constantemente de la norma. Ya en el camino de la creación el trabajo con partituras, comprensión de la voz como fenómeno corporal y el trabajo de la atención través de la tonicidad muscular separa la creación escénica de una mirada psicológica y sirven como crisol comprensivo: se reconocen hábitos y prácticas a través de la repetición y construcción de partituras que permiten poner la atención sobre la performance que se realiza. Y finalmente los elementos que facilitan la escucha corporal y la mirada periférica son los que entrenan un cuerpo pensante en relación a otros cuerpos.

Estos campos aparecen en las prácticas de los talleres pero no fueron trabajadas directamente como metodologías ¿Qué aportes suscitaría un trabajo de estos principios, que ya emanan en la práctica? Si pensamos que de entre los problemas que se dan con el cuerpo anómalo está la sujeción a la norma, la necesidad de trabajar la presencia, y sus dos particularidades aquí descritas, obliga al cuerpo a reconocerse. Estas tres premisas están a la base de la comprensión del cuerpo anómalo en tanto potencial de cambio (Negri, 2009), un reconocimiento de la comunidad en relación a las prácticas y no en única relación hacia la norma.

CONCLUSIONES

Se ha buscado abrir la reflexión sobre las prácticas teatrales en escenarios médicos poniendo especial énfasis en la dimensión de la corporalidad. Ante la posibilidad del diálogo interdisciplinario de teatro y medicina han surgido distintas preguntas sobre las posibilidades disciplinares del teatro para responder a este requerimiento. El teatro es una disciplina practicada y copresencial, ese estar uno delante de otros es un potencial para reconocernos como seres encarnados. Cuando nos enfrentemos a un escenario como el de la enfermedad existe una gran tradición que pesa en el imaginario sobre lo que es estar enfermo, y cuando hablamos de ECNT nos cuesta pensar que estamos hablando de algo que no le pertenece a cabalidad al ámbito de la medicina. La construcción de comportamientos normales en la sociedad que se convierten en factores de riesgo para la salud, sin perder su cualidad de normas, se pone a la base de la tensión de la anomalía por enfermedad crónica. La puesta en conflicto de/en los cuerpos con su entorno culmina siendo un problema sobre *la vida*, más que sobre la enfermedad. El teatro puede reconocerse como el espacio en que la vida (miles de interpretaciones sobre lo que esto es) es mirada con atención, es testificada.

La experiencia observada de los tres talleres de teatro permitió reconocer la corporalidad como un factor determinante en el encuentro interdisciplinario, desbordando la perspectiva dramaterapéutica. Ese desborde no es más que el hecho de poner en valor las corporalidades emanadas sesión a sesión, y que hemos conceptualizado como corporalidad anómala, es decir, aquella que se desvía de la norma.

Viajamos desde una comprensión de la mirada imperante en medicina a la apertura de una medicina que se diagnostica en falta y requiere de más actores sociales para dar respuesta a sus preguntas, lo que nos permite introducir los estudios teatrales con un marco del cuerpo enfermo de fondo. La palabra enfermedad no puede estar vaciada de su sentido corporizado, saber que el mal-estar, el dolor, el desequilibrio son estados corporales y no sólo metáforas, permite abordar el problema de la enfermedad crónica desde fuera de la disciplina médica. El estar en desequilibrio de manera crónica nos abre la pregunta sobre cuál es la dimensión desde donde miramos el requerimiento del área médica: si los pacientes tomaban o no su medicación fue una preocupación que quedó desplazada por

algo emergente y que se presentaba gigantesco en el taller, las prácticas corporales en el cuerpo anómalo. Ya no era el uso del tratamiento médico lo que hablaba sobre la experiencia de la cronicidad, sino que el momento de cocinar, de hacer el aseo, de juntarse con las amigas, de ordenar el jardín, de poner el cuerpo en acción. La mirada biologicista ha centrado el valor del cuerpo en el nivel anatómico, por ello cuando descubre que algo le falta, que la vida no puede ser nuda vida, va a buscar recursos a la biografía, al mundo de las ideas y la palabra hablada, sin detenerse en que una comprensión de la corporalidad arroja que no es necesario abandonar el cuerpo, sino que observarlo en su performatividad. También al teatro, en esta tarea de vincularse con la salud, le queda camino por comprender los aportes de su especificidad, aquí alumbrados por las técnicas corporales, pero lejos de estar analizados en su máximo potencial.

El taller de teatro nos develó resultados en tres dimensiones: a) de las lógicas de co-cuidado en contraposición a la política del autocuidado, b) de las perspectivas de intervención teatral en escenarios médicos, c) de la relación cuerpo anómalo prácticas extra-cotidianas, y d) de las corporizaciones del cuerpo anómalo en las prácticas cotidianas. Es ese ser en el mundo, corporizados y reconocidos como personas en todas nuestras dimensiones lo que permite que aparezcamos no como meras máquinas vivientes acompañadas de emociones o pensamientos. El teatro permite el acontecimiento, permite aparecer delante de otro, de esa manera completa. Pensar la intervención teatral en el sistema de salud debería considerar como aspecto relevante y a tratar explícitamente la corporalidad; esta contribución puede sumarse a los reconocidos aportes de los modelos dramático, narrativo o pedagógico de intervención, rescatando similitudes y comprendiendo las diferencias tanto para quien dirige esas intervenciones como para las personas que participan.

Sobre el trabajo con el cuerpo enfermo, es relevante recatar los puentes entre el conocimiento de las técnicas extracotidianas y la similitud del cuerpo anómalo, el trabajo teatral ofrece un marco donde la extrañeza puede convertirse en un lugar de enunciación y el “yo” convertirse en una materialidad escénica autocomprensiva. Podemos comprendernos en acto a través de la escena, y si bien las técnicas somáticas dan luces sobre esto, es posible reconocer en los conocimientos del teatro, con su estructura que

necesita de espectador, la opción de despertar ese conocimiento que deviene de encarnar la propia vida, la propia enfermedad.

Finalmente, este aporte reflexivo aporta al camino investigativo sobre cómo el teatro trabaja en sus distintas dimensiones el cuerpo pensante, y cómo podría trabajar las corporalidades en escenarios de salud, la corporalidad enferma y la dimensión terapéutica corporal en sus márgenes escénicos.

ANEXO 1

Teatro y enfermedad crónica: experiencia, narrativas y puesta en escena
Proyecto escuela de teatro y escuela de medicina uc, vicerrectoría de investigación uc

Taller Teatro Terapia: creación personal y colectiva

Facilitadora: Andrea Moro, directora, dramaturga y dramaterapeuta, y equipo de actores y actrices Escuela de Teatro UC

Dirigido a: Personas con enfermedades crónicas y profesionales a su cuidado

Descripción: El taller propone un espacio de conocimiento y reflexión personal y colectiva en torno a la experiencia de la enfermedad crónica, por medio de herramientas que ofrece el teatro terapia. Trabajaremos con dinámicas de creación de historias reales y ficticias, individuales y grupales, así como también juegos de expresión personal e interacciones interpersonales. El taller contempla hacia el final la realización de una pequeña muestra escénica de la síntesis final de las dinámicas más significativas. En esta muestra participarán solo las personas interesadas en colaboración con el equipo de actores y actrices.

Cronograma taller pacientes: 8 a 10 sesiones de 3 horas

Participantes: mínimo 4 y máximo de 12 personas **Periodicidad:**
1 o 2 veces por semana

Cronograma taller equipo médico: 5 sesiones de 3 horas

Participantes: mínimo 4 y máximo de 12 personas **Periodicidad:**
1 o 2 veces por semana

Metodología:

Todas las sesiones se dividirán en tres etapas: 1. Caldeamiento. 2. Desarrollo 3. Cierre. Este diseño nos permitirá tener un primer momento para encontrarnos y detectar por medio de dinámicas y juegos cómo están los integrantes del grupo y conocer qué traen a la sesión ese día. En un segundo momento profundizaremos en los temas emergentes a través de ejercicios corporales, creación de textos y composiciones escénicas. Cada sesión incluye un espacio de cierre para contener y encuadrar temáticas y emociones que pudieron haber aflorado.

Objetivo general:

- Explorar, conocer y compartir la experiencia y vivencia que hacen las personas que padecen enfermedades crónicas y los profesionales a su cuidado por medio de dinámicas teatrales del teatroterapia.

Objetivos específicos Taller Pacientes:

- Tomar conciencia del momento presente en el que cada uno se ubica y las diversas perspectivas con las que puedo mirar dicho presente, expandiendo la creatividad y la mirada sobre la contingencia actual.
- Otorgar un espacio para la expresión de historias personales y la creación de historias ficcionales.
- Articular una dramaturgia personal y colectiva en base a las historias –reales o no- que se manifiesten en las sesiones.
- Levantar información y material dramático-narrativo que contribuya a comprender las tensiones que se encuentran a la base del problema de adherencia de personas con enfermedades crónicas no transmisibles al cuidado ofrecido en la atención primaria de salud.
- Fomentar la autonomía, la capacidad de tomar decisiones que beneficien la propia salud, y el bienestar emocional espiritual de cada quien.
- Generar y presentar una muestra escénica final, que comunique los hallazgos obtenidos en los procesos teatrales – terapéuticos.

Objetivos específicos Taller quipo médico:

- Tomar conciencia del momento presente en el que cada uno se ubica, y las diversas perspectivas con las que puedo mirar dicho presente, expandiendo la creatividad y la mirada sobre la contingencia actual.
- Otorgar un espacio para la expresión de historias personales y la creación de historias ficcionales.
- Articular una dramaturgia personal y colectiva en base a las historias –reales o no- que se manifiesten en las sesiones.
- Levantar información, incluyendo material dramático-narrativo, que contribuya a comprender las situaciones y tensiones que vive el equipo médico de la atención primaria de salud.
- Fomentar el autocuidado del personal de salud.
- Generar y presentar una muestra escénica final, que comunique los hallazgos obtenidos en los procesos teatrales – terapéuticos.

Contenidos:

- Atención plena /estar presente. Escucha activa.
- Conciencia corporal.
- Elementos dramáticos: personajes, escenas, diálogos/monólogos. Estructura dramática clásica: principio, desarrollo, clímax y fin.
- Estructura mítica-ritual del viaje del héroe. Situación y suceso.
- Acción
- Sí mágico.
- Capacidad lúdica.

Fundamentos:

Cuando narramos historias y/o las ponemos en escena, venimos a poner en común no solo nuestras experiencias, también las miradas con que hemos aprendido a darles sentido –bueno/malo, bello/feo, verdadero/falso, digno/indigno, triste/feliz, intolerable/soportable, etc. Un Taller de Teatro Terapia es un espacio donde podemos ficcionar creativamente nuestras historias -sean reales o no-, elaborando nuestra experiencia personal en un entorno colaborativo, que enmarca y contiene los hechos, emociones, sensaciones y juicios.

El acto creativo transforma una experiencia –lo que nos ocurrió, las emociones, sensaciones y juicios- en una manifestación expresiva concreta: a través de la creación tangible de una historia, de una dramaturgia, de una creación, podemos externalizar (presentar ante otros), verbalizar, visualizar y auto observar, tomar conciencia (distinguir esto/lo otro), descubrir y compartir mi voz personal.

Al estar protegidos por metáforas y ficciones el taller nos ayuda a explorar, elaborar y tomar conciencia desde un nivel objetivo –el juego narrativo /escénico- dimensiones inconscientes de nuestra experiencia, gracias a la creación tangible de una historia, de una dramaturgia, de una creación.

Con el recurso a la escritura dramática de las historias narradas por uno o varios personajes, vamos dando voz a diversos personajes de creación individual que en su verbalización dan cuenta de distintos puntos de vista frente a una misma situación. En la medida que otros vienen a participar de algún modo de nuestra historia (y viceversa), surgen nuevas miradas que nos ayudan a descubrir nuevas interpretaciones posibles sobre lo que nos acontece.

En un Taller de Teatro Terapia, el acto creativo de imaginar historias, o bien, de enmarcar mi propia historia en un lenguaje dramático, siendo un acto personal es también colectivo pues la temática –los hechos-, la historia, los personajes, y situaciones, son narrados, imaginados y elaborados co presencialmente por los diversos integrantes del grupo.

Bibliografía referencial:

1. Campbell, J. (1988). **The power of the myth**. New York: Bantam Doubleday Dell.
2. R. Landy. (2008). **The Couch and the Stage: Integrating Words and Action in Psychotherapy**. Jason Aronson.
3. R. Landy (1994). **Drama Therapy--Concepts, Theories and Practices**, 2nd Edition. C.C. Thomas.
4. R. Landy (1993). **Persona and Performance**. Guilford Press.
5. Emunah, R. (1994) **Acting for real: Drama therapy process, technique and performance**. New York and London: Brunner-Routledge.
6. McNiff, S.(2004). **Art heals: How creativity cures the soul**. Boston and London: Shambhala.
7. Pearson, C. (1991). **Awakening the heroes within**. New York: Harper Collins.
8. Vogler, C. (2007). **The writer's journey: Mythic structure for writers**. Michigan: McNaughton & Gunn.
13. Yalom, I. (2002). **The gift of therapy**. New York: Harper Collins.

ANEXO 2

Instrumento de observación para etnografía Talleres de teatro en
Centros Áncora UC. Teatro y enfermedad crónica: experiencia, narrativas y puesta en
escena proyecto escuela de teatro y escuela de medicina UC, vicerrectoría de
investigación UC.

<p>Taller: Ancora Madre Teresa/ Ancora Juan Pablo II/ Ancora San Alberto Hurtado Lugar (constancia/variación de lugar. Interior/exterior): Fecha: Hora: Participantes (Nº y Nombres): Duración de la observación: Temática (planificación de la monitora): Si existiera temática.</p>	
<p>DESCRIPTOR</p> <p>Descripción Espacial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacio físico (corresponderá a la estructura de la edificación utilizada) • Espacio volumétrico (corresponderá al espacio en su cualidad de espacialidad, es decir, en el uso del espacio por los participantes) • Espacio de la imagen (corresponderá al espacio de las muestras escénicas o juegos que implique que los participantes observen “representaciones”) • Espacio utópico (corresponderá a las construcciones simbólicas-escénicas que se creen del espacio) • Espacio corporal 	
<p>Descripción y datos acerca del contexto (Implicará la contextualización de cada clase- taller en relación a su contexto-idea como a contexto-espacio. Incluirá actualizaciones e implicancias de una clase a otra)</p>	
<p>Descripción de interacción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacción del juego • Interacción del no juego <p>(se busca la descripción densa de las interacciones entre los participantes: talleristas, actores, pacientes, funcionarios. Contempla interacciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Espaciales b) Kinéticas 	
<ol style="list-style-type: none"> c) Verbales <p>Que pueden ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> d) Textuales e) Subtextuales 	

Descripción de sentidos (corresponderá a las sensaciones perceptibles por medio de los 5 sentidos)	
Descripción de las corporalidades (corresponderá a la manera en que a) se presenta los participantes y b) ejecutan su físico estar en el mundo) <ol style="list-style-type: none"> 1. Peso/tiempo/flujo/espacio 2. En relación a su ambiente 3. Forma 4. Etc. 	
Descripción de participantes (se pondrá atención en la presentación y representación de los participantes en términos de su performance)	
Impresiones personales (auto-reflexión)	
Lenguaje o frases claves/ lenguaje o gestos clave	
Dibujos	

ANEXO 3

Durante las sesiones en los talleres se realizaron un total de 25 ejercicios, listado a continuación:

Club camino de plata CESFAM Juan Pablo II
1. ¿Cómo estamos? o ¿Qué clima somos hoy?: Participantes expresaban su estado de ánimo a través de palabras o representándolo como un clima.
2. Canciones: los participantes proponían canciones de su gusto las cuáles cantábamos todos juntos.
3. Representación de un recuerdo: los participantes compartían un recuerdo significativo que era representado por los actores profesionales y otros participantes.
4. Problema/clímax/desenlace: creación de escenas en base al tema de la ECNT.
5. El jardín de las flores: juego donde todos se movían como flores de un jardín.
6. Improvisaciones: juegos con sí mágico.
7. Que venga, que se vaya: práctica de precalentamiento.
8. Testimonio-entrevista ante cámara: los participantes eran entrevistados por el equipo teatral.
9. Narraciones de vida: conversaciones a la hora de la once.
10. Presentación final
Mujer tú puedes CESFAM Madre Teresa de Calcuta
1. Calentamiento corporal: preparar el cuerpo para el trabajo.
2. Danza y paso personal: juego de improvisación de gestos.
3. Representación de un recuerdo: los participantes compartían un recuerdo significativo que era representado por los actores profesionales y otros participantes.
4. Estímulo visual con postales: escritura de monólogos a partir de una imagen.
5. Dramaturgia: clase explicativa sobre dramaturgia.
6. Ejercicio de espejo: dinámica de auto reconocimiento ante un espejo.
7. Concentración, respiración y conciencia corporal: ejercicios de relajación y activación.
8. Ejercicio de cámara ¿Qué te dirías a ti misma?: las participantes se hablan

apelativamente ante una cámara.
9. Coreografía: ejercicio coreográfico.
10. Presentación final
Taller Cardiovascular CESFAM San Alberto Hurtado
1. Ejercicio cardiovascular: calentamiento físico.
2. Elección de película, personaje, tiempo y escena: trabajo de mesa en aras de una historia a representar.
3. Preparación vocal y consciencia corporal: calentamiento y activación.
4. Improvisación: juegos de sí mágico.
5. Presentación final

Referencias

- Agamben, G. (2001). *Medios sin fin: ensayos sobre política*. Valencia: Pre-Textos.
- Agamben, G. (2006). *Homo sacer: El poder soberano y la nuda vida I*. Valencia: PRE-TEXTOS.
- Agamben, G. (2009). La inmanencia absoluta. En G. Giorgi, & F. Rodríguez, *Ensayos sobre biopolítica: excesos de vida* (págs. 59-92). Buenos Aires: Paidós.
- Alvarado, C. (2014). Puentes entre simulación y teatralidad: aproximación teatral a las prácticas de simulación clínica con pacientes simulados para la formación médica. Santiago: Repositorio UC.
- Artaud, A. (1990). *Heliogábalo o el anarquista coronado*. Buenos Aires: Editorial Argonauta.
- Artaud, A. (2005). *El teatro y su doble*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Barambino, B., Malavia, M., & Assal, J.-P. (2009). Algo más que una terapia: cuando pacientes y proveedores sanitarios comparten. *DiabetesVoice*, 54, 38-41.
- Barba, E. (1986). *Más allá de las islas flotantes*. México: Grupo Editorial Gaceta S.A.
- Barba, E. (1988). Energía y presencia. En E. Barba, & N. Savarese, *Anatomía del actor: diccionario de antropología teatral* (págs. 56-55). México: Grupo editorial Gaceta.
- Barba, E., & Savarese, N. (1988). *Anatomía del actor: diccionario de antropología teatral*. México: Grupo editorial Gaceta.
- Becht, B. (2004). *Escritos sobre teatro*. Barcelona: Alba .
- Besio, M., & Serani, A. (2014). *Sabiduría, naturaleza y enfermedad: Una comprensión filosófica de las carreras de la salud*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Bodenheimer, T., Wagner, E., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775-1779.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bralic, C., Alvarado, C., Moore, P., Serani, A., & Téllez, Á. (2016). Postulación fondo ArTeCiH 2017 Vicerrectoría de Investigación UC. Santiago: S/P.
- Brecht, B. (Marzo de 2019). *Pequeño organón para el teatro escrito en 1948*. Obtenido de Biblioteca Virtual FAHUSAC: <https://bvhumanidades.usac.edu.gt/items/show/3612>
- Brodzinski, E. (2010). *Theatre in health and care*. Londres: Palgrave.
- Brook, P. (1992). Prefacio. En J. Grotowski, *Hacia un teatro pobre* (págs. 5-8). México DF: Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Cerecedo, M. J., Tovar, M., & Rozadilla, A. (2013). Medicalización de la vida en la consulta ¿hacia dónde caminamos? *Atención primaria*, 536-540.
- Citro, S. (2011). La antropología del cuerpo y los cuerpos en-el-mundo: indicios para una genealogía (in)disciplinar. En S. Citro, *Cuerpos plurales: Antropología de y desde los cuerpos* (págs. 17-58). Buenos Aires: Biblos.
- Citro, S. (2014). Cuerpos significantes. Nuevas travesías dialécticas. *Corpografías*, 10-41.
- Collins Dictionary. (09 de Noviembre de 2018). *Collins Dictionary*. Obtenido de www.collinsdictionary.com/es/diccionario/ingles/tease
- Cornago, Ó. (2015). Contra el método. *Gestos*, 87-93.
- Csordas, T. (2015). Embodiment, agencia, diferencia sexual y padecimiento. En S. Citro, J. Bizerril, & Y. Mennelli, *Cuerpos y corporalidades en las culturas de las Américas* (págs. 17-42). Buenos Aires: Biblos.
- Csordas, T. (2015). Embodiment, agencia, diferencia sexual y padecimiento. En S. Citro, J. Bizerril, & Y. Mennelli, *Cuerpos y corporalidades en las culturas de las Américas* (págs. 17-57). Buenos Aires: Biblos.
- de la Calle Valverde, J. (2011-2012). El gesto analógico. Una revisión de las ´técnicas del cuerpo´ de Marcel Mauss. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 75-87.
- Descartes, R. (1641). *Meditaciones metafísicas*. Recuperado el 2019, de philosophia.cl:https://bloqs.xtec.cat/filocostaillobera/files/2009/03/Descartes-Meditaciones-metaf%C3%ADsicas.pdf
- Diéguez, I. (Noviembre de 2004). Escenarios Liminales: donde se cruzan el arte y la vida (Yuyachkani... más allá del teatro). *Teatro al Sur*, 27.
- Dubatti, J. (2008). *Historia del actor: de la escena clásica al presente*. Buenos Aires: Colihue.
- Duch, L. (2002). *Antropología de la vida cotidiana*. Madrid: Editorial Trotta, S.A.
- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 307-318.
- Ellenberger, H. (1964). La notio de la maladie crèatrice. *Canadian phylosophical review*, 25-41.
- Feldenkrais, M. (2010). *Embodied Wisdom: The Collected Papers of Moshe Feldenkrais*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Féral, J. (2004). *Teatro, teoría y práctica: más allá de las fronteras*. Buenos Aires: Galerna.
- Fischer- Lichte, E. (2011). *Estética de lo performativo*. Madrid: Abada editores.

- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2009). La vida: la experiencia y la ciencia. En G. Giorgi, & F. Rodríguez, *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida: Michel Foucault; Gilles Deleuze; Slavoj Žižek* (págs. 41-58). Buenos Aires: Paidós.
- García, E., & Castelli, P. (2013). Ver y pensar. Fisiología mecanicista cartesiana y fenomenología del cuerpo. *Revista de Filosofía*, 69, 133-150.
- Giorgi, G. (2009). Lugares comunes. *Grumo*(9).
- Giorgi, G., & Rodríguez, F. (2009). *Ensayos sobre biopolítica: excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrurtu.
- Gómez-Ferrer Zapiña, R. (2005-2006). *Estudio biomecánico de la marcha en pacientes con artrosis de cadera*. Tesis, Universidad de Valencia, Departamento de medicina, Valencia.
- Grotowski, J. (1988). ISTA y teatro de las fuentes. En E. Barba, & N. Savarese, *Anatomía del actor: diccionario de antropología teatral* (págs. 125-127). México: Grupo editorial Gaceta.
- Grotowski, J. (1992a). Hacia un teatro pobre. En J. Grotowski, *Hacia un teatro pobre* (págs. 9-20). México DF: Siglo XXI.
- Grotowski, J. (Octubre de 1992b). Tu eres hijo de alguien. *Máscara*(3), 69-75.
- Grumann, A. (2014). Trayectos de la emocionalidad y la corporización en algunas de las teorías de la actuación. *Apuntes*(139), 28-41.
- Gutiérrez, J., & Silva, L. (2016). Ortopedia del alma: Degeneracionismo e higiene mental en la Casa de corrección de menores y Escuela de trabajo San José, Colombia 1914-1947. *Revista Latinoamericana de psicopatología*, 150-166.
- Hamui, L., Paulo, A., & Hernández, I. (2018). *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Ciudad de México: El manual moderno UNAM.
- Hering, M. (2008). Introducción: Cuerpos anómalos. En G. Ammerer, *Cuerpos anómalos* (págs. 13-28). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hering, M. (2008a). Introducción: Cuerpos anómalos. En G. Ammerer, *Cuerpos anómalos* (págs. 13-28). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hering, M. (2008b). Saberes médicos-saberes teológicos: de mujeres y hombres anómalos. En G. Ammerer, *Cuerpos anómalos* (págs. 101-130). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ilich, I. (1975). The medicalization of life. *Journal of medical ethics*(1), 73-77.

- Jackson, M. (2011). Conocimiento del cuerpo. En S. Citro, *Cuerpos plurales: Antropología de y desde los cuerpos* (págs. 59-83). Buenos Aires: Biblos.
- Jackson, M. (2011). Conocimiento del cuerpo. En S. Citro, *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos* (págs. 59-83). Buenos Aires: Biblos.
- Jankovic, J. (2001). Gilles de la Tourette syndrome. *new England Journal of Medicine*, 1184-1192.
- Jennings, S. (2006). *Manual de dramaterapia*.
- Karsenti, B. (2013). Técnicas del cuerpo y normas sociales: de Mauss a Leroi Gourhan. *Ímpetus*, 85-90.
- Knébel, M. Ó. (2003). *El último Stanislavski*. Madrid: Fundamentos.
- Kuhn, T. S. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Buenos Aires: FCE.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2002). Medicina y medicinas: de una concepción del cuerpo a concepciones del hombre. En D. Le Breton, *Antropología del cuerpo y modernidad* (págs. 173-192). Buenos Aires: Nueva visión.
- Lips-Castro, W. (2017). La conceptualización de la enfermedad y algunas de sus designaciones. *Gaceta médica de México*(153), 134-142.
- López Petit, S. (15 de Mayo de 2014). Anomalías intempestivas. *El estado mental*.
- Manheimer, E. (2012). *Twelve patients: life and death at th Bellevue Hospital*. New York: Hechette Book Group.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y antropología*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Meldrum, B. (1994). Historical background and vision of drama therapy. En S. Jennings, *Handbook of drama therapy* (págs. 23-40).
- Menéndez, E. (2017). Antropología social de la salud: contextualizaciones y sugerencias. *Salud colectiva*, 353-357.
- Montanari, M. (2004). *Comida como cultura*. Asturias: Trea.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista médica de Chile*, 1047-1054.
- Mulvey, L. (1975). Visual pleasure and narrative cinema. *Screen*, 16(3), 6-18.
- Negri, A. (2009). El monstruo político. Vida desnuda y potencia. En G. Giorgi, & F. Rodriguez, *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida* (págs. 93-140). Buenos Aires: Paidós.

- OMS. (2018). *Enfermedades no transmisibles: Paho*. Recuperado el Junio de 2018, de Paho.org: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=128:enfermedades-no-transmisibles&Itemid=213
- OMS. (27 de Septiembre de 2018). Los Jefes de Estado se comprometen a liderar la lucha contra las enfermedades no transmisibles y la acción en pro de la salud mental. Nueva York, USA.
- OMS. (30 de Septiembre de 2018). *Noticias, Paho*. Obtenido de Organización mundial de la salud OMS: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=953:oms-publica-una-nueva-edicion-del-informe-sobre-el-monitoreo-de-los-progresos-en-enfermedades-no-transmisibles&Itemid=1005
- OMS. (s.f.). *Enfermedades no transmisibles: Paho*. Recuperado el Junio de 2018, de Paho.org: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=128:enfermedades-no-transmisibles&Itemid=213
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Preámbulo de la constitución de la Asamblea Mundial de la Salud. *Conferencia Sanitaria internacional* (pág. 100). Nueva York: Actas oficiales OMS. Recuperado el Agosto de 2017
- Oxford University. (1983). *Oxford Latin Dictionary*. (P. G. Glare, Ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Palacios Sánchez, L., Vergara Méndez, L., Martínez Camacho, A., Canal Piñeiros, S., & Mora Muñoz, L. (2015). Gilles de la Tourette y su síndrome. *Acta neurológica colombiana*, 80-86.
- Pavis, P. (1997). Underscore: the shape of things to come. *Contemporary theatre review*, 37-61.
- Pavis, P. (2008). Puesta en escena, performance ¿Cuál es la diferencia? *Telón de fondo*, 1-37.
- Pérez Tamayo, R. (1988). *El concepto de enfermedad, su evolución a través de la historia*. México: Fondo de cultura económica.
- Pérez-Rincón, H. (2012). *El teatro de las histéricas. De como charcot descubrió que también había histéricos*. México D.F: Fondo de cultura económica.
- Proaño, L. (2013). *Teatro comunitario. Miradas desde la filosofía y la política*. Buenos Aires: Biblos.
- Püschel, K., Téllez, A., Montero, J., Brunner, A., Peñaloza, B., Rojas, M., . . . Pantoja, T. (2013). Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud. *Estudios públicos*, 23-52.
- Ramírez, J. (2013). De la curiosidad al miedo. Experiencia corporal de un grupo de internas ante el encierro y la disciplina en un institución educativa religiosa. *Estudios de antropología biológica*, 623-651.
- Ramírez, J. (2014). La construcción sociocultural del miedo y el coraje en un internado de religiosas. Una narración personal contada con necesidad. *REvista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 7-21.

- Ramírez, J. (2016). Las emociones como categoría analítica en antropología. Un reto metodológico, epistemológico y personal. En O. López, & R. Enríquez, *Cartografías emocionales. Las tramas de la teoría y la praxis* (págs. 97-128). México: ITESO; UNAM.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*, 23°. Recuperado el Agosto de 2018, de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Romero Reveron, R. (2007). Andreas Vesalius (1514-1564). fundador de la anatomía humana moderna. (S. C. Anatomía, Ed.) *International journal of morphology*(4), 847-850. Recuperado el Septiembre de 2018, de www.scielo.conicyt.cl
- Sanchez Rivero, G. (2007). Historia de la diabetes. *Gaceta médica boliviana*, 30(2), 74-78.
- Sánchez, J. A. (1999). Pensando con el cuerpo. En J. A. Sánchez, *Desviaciones* (págs. 13-28). Madrid-Cuenca: UVI-La Inesperada y Cuarta Pared.
- Santiesteban Oliva, H. (2003). *Tratado de monstruos: ontología teratológica*. Mexico D.F: Plaza y Valdés.
- Savarese, N. (1988). Pre-expresividad. En E. Barba, & N. Savarese, *Anatomía del actor: diccionario de antropología teatral* (págs. 169-185). México: Grupo editorial Gaceta.
- Schechner, R. (2011). Restauración de la conducta. En D. Taylor, & M. Fuentes, *Estudios avanzados de performance* (págs. 31-50). México D.F: Fondo de cultura económica.
- Seguin, C. A. (1982). *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid: Pirámide S.A.
- Stanislavski, K. (1994). *Ética y disciplina: método de acciones físicas: propedéutica del actor*. México: Fideicomiso para la Cultura México/USA : Grupo Edit. Gaceta.
- Taylor, D. (2016). *El archivo y el repertorio: La memoria cultural performática en las Américas*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Volli, U. (1988). Técnicas del cuerpo. En E. Barba, & N. Savarese, *Anatomía del actor: diccionario de antropología teatral* (págs. 195-208). México: Grupo editorial Gaceta.