

viviente para el álbum recuerdo de un safari antropológico. Similá, dócil por tradicional sometimiento, y quizás también por alguna mísera recompensa, se detuvo. Las pocas monedas que volaron por el aire, las recogió pensando en la deuda con sus músicos. Las refracciones del sol le devolvieron el espejismo del grupo. Caminaban bailando sin compás hasta perderse, por un punto del que ahora sólo llegaba el eco mortecino de la tambora. Similá rezagado, corría entre el polvo. "Así lo vieron otros pero yo no", dijo Ariel, "Tratándose de un último brujo de una dinastía en extinción lo ví volar con las alas coloradas de sus pañuelos prendidos a la

cintura, como un ruiseñor escapado de la última noche de los sueños. ¡Los sueños! -exclamó Ariel antes de que también él iniciase el vuelo a través de la levedad de su nombre, ¡Ariel!, hacia otros oasis de antiguos ritos no sin que antes exclamase una dramática sentencia: «*No dormirás Macbeth. Mata el sueño, el inocente sueño que de la enmarañada madeja de nuestros males hace un perfecto ovillo de seda; el sueño, muerte suave de la vida de cada día, bálsamo de las almas heridas, segundo servicio en la mesa de la naturaleza, el manjar más nutritivo en el banquete de la vida... ¡Macbeth no dormirse más!*»

## NOTAS:

<sup>1</sup> **Gagá:** equivalente haitiano del vodú en los ingenios azucareros en la R. Dominicana.

<sup>2</sup> **Sincretismo:** adecuación entre los santos cristianos y la santería del rito vodú.

<sup>3</sup> **Luases:** Espíritus superiores en la santería vodú.

<sup>4</sup> **Legiones:** sistema de agrupación de la santería vodú.

<sup>5</sup> **Batey:** lugar de vida, trabajo y religiosidad afrohaitiana.

<sup>6</sup> **Barón del Cementerio:** Espíritu de la religión vodú.

<sup>7</sup> **Helate y las tres hermanas:** Espíritus mágicos en *Macbeth* (Shakespeare).

<sup>8</sup> **Ingenio:** lugar donde se trabaja la caña de azúcar.

<sup>9</sup> **Birnam:** *Macbeth*, acto V, escena V.

# «Diagnosís»

## Experimento teatral médico

Por Ignacio Calvache

### Introducción

Mi doble condición de médico y director de escena me ha llevado, reiteradas veces, a plantearme si existe una posible vía que conjugue ambas artes.

Durante mi estancia en Chile el pasado año, tuve oportunidad de iniciar la investigación práctica de dicho tema. El trabajo se llamó *Diagnosís*, fue realizado con la subvención del Goethe Institut de Santiago y la colaboración del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Católica en Santiago. Considero que los resultados son lo suficientemente interesantes para comunicarlos a los compañeros de profesión.

### Objetivos

El objetivo era crear una propuesta teatral innovadora, a partir de una reflexión crítica, sobre el ejercicio de la medicina convencional contemporánea.

Dentro del amplio campo de la medicina, nos centramos en el terreno de la entrevista médica y, concretamente, en la relación médico-paciente que se genera a lo largo de dicha entrevista.

S. Cohen-Cole dice en su libro *The Medical Interview*: "Los expertos consideran que la entrevista médica es más importante que la exploración física o de laboratorio para arribar a un correcto diagnóstico. Quizá dos tercios del diagnóstico pueden ser efectuados por la sola historia clínica, sin perjuicio de las innovaciones tecnológicas de la medicina moderna".

Nosotros hemos querido destacar la trascendencia de la relación humana en el acto médico. Los aspectos comunicativos son esenciales y si fallan pueden arrastrar el fracaso del tratamiento. Beckman y Frankel, en un estudio hecho entre internistas, encontraron que en un 69% de las entrevistas los doctores interrumpieron a sus pacientes dentro de los primeros 18 segundos; y demostraron que estas interrupciones llevaron a disminuir la precisión en el entendimiento del problema del paciente. También detectaron que, en el 77% de las entrevistas estudiadas, las razones por las que el paciente acudió a la consulta no salieron completamente a la luz.

### La consulta médica

Es un espacio excepcional. En su interior se enfrentan dos personas generando una relación de intimidad única. Desde el momento que se cierra la puerta se establece un acuerdo de mutua confianza: todo se puede preguntar, todo se debe responder, pues esto es beneficioso y por lo tanto aceptable. En la relación anida la esperanza de una curación; mientras esa esperanza perdure, la relación tendrá sentido. Pero también existe la posibilidad de una relación no armónica, en la cual el enfermo ejerce su capacidad crítica, su capacidad de enfrentamiento a un despotismo que ignore sus sentimientos o sus necesidades. O una relación en la cual el médico denuncia la falsedad, aparta las máscaras que esconden otros intereses tras la apariencia de una patología.

### La propuesta

Nuestra propuesta se desarrolla en una consulta moderna especialmente aséptica. Allí el paciente, prisionero en



*"Diagnosis". Espacio destinado a los espectadores. Dirección: Ignacio Calvache. Goethe Institut. Santiago de Chile (1994) (Foto: Mónica Rühle)*

*"Diagnosis". Dirección: Ignacio Calvache. Goethe Institut. Santiago de Chile (1994). (Foto: Mónica Rühle)*

su silla, solo y desamparado, se encuentra en la ineludible obligación de abrir su interior. Lo que podría suponerse una consulta normal evoluciona, se sale del rango puramente clínico, la historia clínica es una excusa para dejar que la historia humana desborde por todos sus flancos.

Al final el paciente abandona el lugar, el siguiente número es llamado, se abre así una nueva historia. El proceso se repite 4 veces con 4 actores diferentes y 4 historias distintas.

La magia del teatro consigue que 12 espectadores se hagan invisibles tras la sombra del doctor, y logren introducirse sin permiso en el seno de la consulta, convertidos en testigos o mirones impúdicos. La sorpresa se produce cuando el espectador sólo consigue oír las respuestas del paciente, pero nunca las intervenciones del médico.

## Equipo de trabajo

El equipo estuvo constituido por 4 actores, con edades y procedencias muy diversas, una responsable del área plástica y estética, y un director-dramaturgista.

En el Hospital de la Universidad Católica se formó un grupo de 4 facultativos, que efectuaron el seguimiento de la experiencia, controlando los aspectos médicos y colaborando de manera esencial en la selección de historias y en la preparación de los personajes.

## Fase previa

Una vez constituido el equipo, se trataba de conseguir, en primer lugar, 4 historias clínicas que se ajustasen a nuestros objetivos y a nuestros intérpretes. Buscamos entre casos auténticos, que estaban siendo atendidos esos días en los ambulatorios de la ciudad. Con ello pretendíamos acercarnos a la realidad social, al inspirarnos en problemas vivos sería más sencillo conectar con las inquietudes del público.

Los casos deberían tener una apariencia cotidiana, unida a un rico componente psicológico y social. Molestias digestivas inespecíficas, dolores de cabeza e hipertensión arterial fueron las dolencias elegidas; asociadas a problemas conyugales, familiares, económicos, laborales. Uno de los casos era especial, consistía en una adicción farmacológica; el supuesto enfermo falseaba la patología para conseguir la receta deseada.

Seleccionadas las historias, era ne-

cesario decidir qué información se le transmitiría al actor al inicio de los ensayos, qué datos se reservarían para más adelante y cuáles se desechaban por resultar innecesarios, confusos o poco ajustados a los objetivos.

El resultado fue un escrito de dos páginas para cada personaje, allí estaban incluidos los datos fundamentales de la enfermedad y de la personalidad, así como otros hechos o aspectos que consideramos oportunos. Era un sencillo esquema de partida, no saturado, que exigiría un esfuerzo serio para darle complejidad y credibilidad. No pretendíamos copiar un caso real sino crearlo con solidez, basándonos en una información sugerente y en el trabajo constructivo del intérprete.

## Metodología

Trabajé durante un mes por separado con cada actor. Cada ensayo estaba planteado en forma de consulta, en la cual el director asumía el rol de médico y el actor encarnaba desde el principio su personaje. Antes de comenzar, el actor escuchaba las novedades que le habían sucedido a su personaje desde la última consulta. Sin dejar tiempo para una elaboración racional de los datos se iniciaba el ensayo-consulta.

Al final abríamos un diálogo para comentar los aspectos destacables que se hubieran producido: respuestas acertadas, respuestas desviadas, preguntas clave, gestualidad, dudas, nuevas vías de trabajo... Por último era citado para la siguiente sesión.

El sistema perseguía un proceso de creación del personaje minucioso, dedicándole el tiempo natural que cada cual requiere, sin forzar pero reforzando los avances; no molestaban las equivocaciones, que desaparecerán de forma espontánea si el proceso marcha bien encaminado.

El siguiente paso consistió en organizar ensayos-consultas entre un médico real y el actor-paciente. El médico era alguno de nuestros colaboradores, estaba al tanto del juego aunque desconocía los antecedentes de los enfermos. Sus aportaciones nos permitieron detectar incoherencias, respuestas poco convincentes o, por contra, los momentos fuertes del personaje.

Durante la última etapa de preparación enviábamos a los actores de incógnito a un ambulatorio. Pasarían los mismos trámites que cualquier persona: petición de número, sala de espera, papeleo burocrático. El médico no estaba

avisado de la presencia del falso enfermo, ni lo conocía en absoluto; contábamos con el permiso de la dirección del centro. La prueba sería definitiva para la consolidación de nuestros personajes, aparte de orientarlos en el entorno y las circunstancias del hecho sanitario.

No todos los actores tuvieron el mismo número de ensayos e intervenciones, éste fue adaptado a las necesidades individuales y al ritmo personal.

## El texto

Completada la fase anterior, me ocupé de elaborar un guión con las preguntas previstas para la propuesta escénica, así como las respuestas orientativas. Por las características del proyecto eludimos imponer un texto definitivo. La apuesta era conseguir personajes muy bien contruidos, seguros de sí mismos, expuestos al riesgo creativo permanente.

El esquema estaba claro, también los objetivos que debían ser cubiertos, la libertad consciente y responsable del actor haría el resto.

## Última fase de ensayos

Estaban encaminados a las representaciones. En ellos el director fue reduciendo su presencia activa como médico. Paulatinamente el actor trabajaba más a menudo solo, imaginaba al facultativo, escuchaba interiormente las preguntas, buscaba su propio ritmo de intervenciones, investigaba la dirección de las miradas, incorporaba la presencia aséptica pero condicionante del espacio.

En esa etapa elaboramos una serie de escenas breves con la participación de todos los intérpretes, por primera vez reunidos. En estas escenas utilizamos la fuerza de las imágenes para mostrar algunas circunstancias deshumanizadoras que marcan la medicina moderna: los números, las listas de espera, la escasez de tiempo, el abuso de fármacos, la agresión a la intimidad, las palabras ininteligibles.

## Concepto estético

Fue ideado y materializado por Monika Rühle, escenógrafa y pintora. Para ella el espacio escénico tiene vida propia, tiene valor y presencia aunque no haya actor. Funciona como instalación que permanece abierta después de la representación. El lenguaje del espacio es expresivo, refleja la frialdad a la que

pueden llegar las relaciones humanas. La simbiosis entre hombre y máquina se hace perceptible.

La instalación consiste en un consultorio médico, las paredes y el suelo son de plástico blanco, el espacio es cuadrado y mide 3x3 m. Una esquina está abierta y permite al público ver la acción. El paciente entra por una puerta lateral y se sienta sobre una silla metálica blanca, que se encuentra en el centro del consultorio. El espacio que separa al público del actor está cubierto por tubos transparentes, llenos de líquidos en movimiento (rojo, amarillo y negro).

Entre cada dos espectadores hay un biombo, colocado de tal manera que les impide tener contacto visual mutuo. Así la relación entre actor y espectador se individualiza, se hace más profunda e íntima.

Los actores visten ropa interior blanca; cada actor lleva en la mano una prenda simbólica: zapatos, bolso,...

La iluminación está hecha a base de tubos fluorescentes. Durante las primeras escenas funcionan dos aparatos que proyectan diapositivas, cubriendo todo el espacio incluidos los actores. Las diapositivas contienen listas modificadas de nombres y números.

## La representación

El público es recibido en la antesala por una enfermera que les asigna su número. Serán invitados a entrar en una consulta médica, la enfermera los acompaña uno a uno hasta sus asientos reservados. Cuando todos están acomodados, la enfermera cierra la puerta y se marcha. La consulta comienza, los pacientes acuden a su cita, ocupan la silla, se creen a solas con el doctor. El enfermo va contestando al interrogatorio clínico, los espectadores sólo consiguen oír las respuestas. La historia se va completando a base de lo que cuenta el paciente, poco a poco es posible conocer mejor a esa persona, centro de todas las miradas.

Cuando la consulta concluye la enfermera reparte una encuesta de satisfacción para ser rellena por el público. La puerta de salida se abre.

## La relación actor-espectador

La propuesta provoca una relación que involucra a fondo al respetable. La mera disposición espacial hace poco probable una actitud indiferente. El

espacio es pequeño, íntimo; la distancia entre el lugar de la acción y los asientos blancos del público es muy reducida, además está ocupada por un entramado de tubos que conectan ambos mundos. El hecho de que cada espectador esté incomunicado visualmente de los otros, le obliga a centrar su atención en el estrecho campo visual que tiene por delante, en el centro del cual se encuentra el enfermo.

El paciente dirige sus miradas a los compartimientos del público, como si allí estuviese el médico. La incómoda posición de observador observado, y la situación de cercanía y desnudez, llevarán al espectador a definirse hacia una de las siguientes opciones:

- Permanecer como voyeur, manteniendo una distancia, amparado en la frialdad del espacio.

- Acercarse al nivel del paciente, a la situación personal del que habla.

- Inclinar hacia la posición del médico, realizando un diagnóstico propio.

Los resultados de las encuestas nos han permitido comprobar que las 3 opciones fueron adoptadas, incluso muchos espectadores fluctuaron de una a otra a lo largo del experimento. No obstante la más frecuentemente seguida fue la segunda, excepto entre la profesión médica donde predominó la tercera. Es importante resaltar la práctica ausencia de indiferentes.

## Conclusiones

A la luz de la práctica, puedo afirmar que la fórmula empleada en *Diagnosis* es válida e interesante, se sustenta sobre 4 pilares:

EL concepto de espacio como generador de un proceso multidireccional.

- La interpretación flexible, basada en personajes sólidos.

- La implicación interna del público.

- El análisis crítico de un área social.

*Diagnosis* es una experiencia teatral

que puede resultar útil en el campo médico a través de la reflexión individual, de los coloquios tras la representación, de pases especiales para facultades, centros de salud y hospitales. Cuando los médicos asisten a la función se les ofrece ver desde fuera el propio lugar de trabajo, sin la presión de un diagnóstico-tratamiento rápido y certero. Tendrán la oportunidad de escuchar con mayor tranquilidad a la habitual, de percibir detalles significantes, de detectar fallas en el sistema sanitario y en su propio proceder clínico.

Permitirme una última reflexión. El teatro a menudo ha sido empleado para el desarrollo y perfeccionamiento personal, pero rara vez la ciencia teatral, de una manera sistemática, es tenida en cuenta como apoyo formativo en campos profesionales aparentemente distantes.

Respecto a la Medicina las posibilidades son evidentes. Existen habilidades que el médico utiliza de manera intuitiva y que el teatro está en condiciones de potenciar técnicamente, me refiero a la gestualidad, entonación, ritmo, improvisación, creatividad, capacidad de reacción, uso del espacio, iluminación, credibilidad, etc.

El tema de los pacientes simulados está plenamente aceptado en países como Estados Unidos. Actores bien entrenados acuden como enfermos a los ambulatorios, con el objetivo de evaluar el funcionamiento del sistema sanitario y el adecuado ejercicio médico. Para ello siguen un minucioso modelo homologado, que asegura la fiabilidad de los resultados.

En definitiva, existe un inmenso terreno, en su mayoría inexplorado, para la elaboración sistemática de las técnicas escénicas, con el objetivo de ser aplicadas a las más diversas ciencias: Derecho, Economía, Empresariales, Turismo, Trabajo Social, Medicina, Enfermería, Ciencias Políticas y Sociales, Psicología, Pedagogía...



*"Diagnosis". Espacio destinado al paciente  
Dirección: Ignacio Calvache. Goethe Institut.  
Santiago de Chile (1994)  
(Foto: Mónica Rühle)*