

## EL LENGUAJE SOMÁTICO DEL CUERPO ESQUIZOFRÉNICO

Una investigación desde el ámbito artístico



TFM realizado por Sheila Toledo Ribes  
Dirigido por M<sup>a</sup> de los Desamparados Cubells Casares  
Tipología 3

Universidad Politécnica de Valencia  
Facultad de Bellas Artes  
Valencia, Septiembre 2011

# EL LENGUAJE SOMÁTICO DEL CUERPO ESQUIZOFRÉNICO

Una investigación desde el ámbito artístico

Tipología 3. Realización de un trabajo inédito en el que se analice el desarrollo de la propia práctica artística asociándola con autores/as, grupos, movimientos, conceptos o teorías artísticas.

## **Agradecimientos**

Gracias a mi directora M<sup>a</sup> de los Desamparados Cubells, por la información aportada, sus orientaciones, la supervisión del proceso de la investigación, y su confianza en mí; animándome en gran medida a seguir con el proyecto.

A Christian Tobias Bäker por su paciencia, por su apoyo en todo momento, por sus acertadas recomendaciones y sus meticulosas aportaciones.

Agradezco también a Lille May, Andreas Meister, Viktoria Tesar, Angélica Ojeda, Azucena Hernández por sus aportaciones intelectuales en temas de psiquiatría y arte para después aplicarlas en la práctica.

A Beatrice Heredia, Jonathan Bellés, M<sup>a</sup> del Carmen Olivares, Adriana Navarro, Nacho Molina y Sara Stefanucci por apoyarme en los momentos más difíciles y aportarme ideas para la investigación.

Quiero dar las gracias también a los profesores como Gema Hoyas, María Zárraga, M<sup>a</sup> del Carmen Marcos, Ricardo Pérez, Vicente Orti, Ricardo Forriols, Lorena Rodríguez, Marina Pastor, José Romero, Bartolomé Ferrando, Alberto Martínez, Fransecs Vera, Josep Benlloch, David Pérez y a Carlos Martínez por trasladarnos sus experiencias y conocimientos.

Por supuesto a todas las personas me han dado su testimonio y a los amigos que han compartido conmigo este curso y que han contribuido para enriquecer y aportar nuevos puntos de vista para dicho proyecto.

Y especialmente a mi familia, gracias por todo.

## ÍNDICE

PLANTEAMIENTO.....	7
OBJETIVOS.....	9
METODOLOGÍA.....	10
1. HISTORIA DEL CONCEPTO ESQUIZOFRENIA.....	11
1.1. LAS CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA: los posibles orígenes de la esquizofrenia.....	16
1.1.1. Desencadenantes.....	18
1.2. LA SINTOMATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA: la descripción de los síntomas de la esquizofrenia.....	19
1.3. LOS TIPOS DE ESQUIZOFRENIA: la clasificación de los tipos de las esquizofrenias.....	20
1.4. LA PSIQUE Y EL CUERPO: las teorías y reflexiones aportadas por Winnicott y Freud.....	23
1.4.1. LAS TEORÍAS DE ANZIER DIDIER: las funciones de la piel.....	24
1.5. EL CUERPO ESQUIZOFRÉNICO.....	24
1.5.1. La cenestesia (un subtipo de la esquizofrenia). La percepción alterada del cuerpo.....	25
2. EL ARTE COMO MEDIO DEL DISCURSO PSÍQUICO.....	29
2.1. COLECCIÓN PRINZHORN.....	31
2.1.1. Josef Forster.....	34
2.1.2. Richard Lachman.....	35
2.1.3. Joseph Heinrich Grebing.....	36
2.2. COLECCIÓN DUBUFFET.....	37
2.2.1. Adolf Wölfli.....	40
2.2.2. Aloïse Corbaz.....	40
2.2.3. Fleury-Joseph Crepin.....	41
3. LA DICOTOMÍA ARTE-CIENCIA Y SU POSIBLE UNIDAD.....	42
3.1. LOS MITOS Y LAS REALIDADES: La creatividad	

y trastornos mentales .....	43
3.2. LOS INTELECTUALES: estudio de la posible aparición de brotes esquizofrénicos en algunos intelectuales.....	49
3.3. LA CREACIÓN ARTÍSTICA: la creación artística y la libertad, como recurso para la recuperación o la mejora de la identidad personal del paciente esquizofrénico.....	51
3.3.1. Artistas actuales con esquizofrenia.....	54
4. PROYECTO: el lenguaje somático del cuerpo esquizofrénico. Una investigación desde el ámbito artístico .....	57
3.4.1. Fichas técnicas de las piezas .....	64
CONCLUSIONES .....	68
RECOPILACIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	71
ANEXO .....	76

“La curiosidad es imprescindible, es condición sine quanon, sin ella no se puede ser creativo”

Minail Csikszentmihaly, 2003

## Planteamiento

Cuando hablamos de esquizofrenia, asociamos el término a locura, delirios, alucinaciones visuales y auditivas. Sentimos miedo y distanciamiento hacia las personas que son diagnosticadas de esquizofrenia. La ciudadanía desatiende todo lo relacionado con las enfermedades mentales, se puede decir que existe un miedo genérico que paraliza el aprendizaje de estas cuestiones. Nuestra sociedad suele ignorar los problemas que conlleva tener los síntomas de la esquizofrenia. Muchos de los enfermos se encuentran discriminados, pues la etiqueta de enfermo mental o esquizofrénico es sentenciada con los atributos de inutilidad, violencia, destrucción, etc. ¿Pero qué significa tener la esquizofrenia y qué ocurre en el cuerpo de una persona que la padece? ¿Qué intenta comunicarnos la esquizofrenia a través del cuerpo?

Queremos destacar que nuestra labor de investigación se centra en cómo la esquizofrenia genera una variación de sensaciones corporales internas causadas por el aparato psíquico. Además, nos interesa contemplar el arte como posible medio para vislumbrar estas sensaciones corporales mencionadas. Las preguntas que deben ser contestadas en este trabajo son las siguientes:

1. ¿La esquizofrenia se comprende únicamente por los delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento?
2. ¿De qué manera se manifiestan las sensaciones internas en el cuerpo esquizofrénico?

Para aproximarnos a esos conceptos señalaremos en el capítulo de la sintomatología de la esquizofrenia los argumentos que María Ron, neuropsiquiatra en la University College of London, nos aporta.

Junto con esas premisas, tenemos como objetivo explicar la evolución de la historia de la psiquiatría, destacando así lo que hasta el momento se conoce de la esquizofrenia. Permítannos también, que para

presentar el desconocimiento que se tiene frente a este vocablo, utilicemos sus posibles causas, sus síntomas, sus tratamientos con fármacos y arteterapias, las palabras científicas de psiquiatras y psicólogos, la experiencia de las personas con esquizofrenia y el arte como medio ilustrativo. Precisamente el último aspecto enumerado aquí estará en el foco de interés, ya que se pretende averiguar si

3. ¿es posible materializar a través del arte los diferentes estados de sensación interna que un esquizofrénico padece?
4. ¿el arte puede ser una vía de avance para el entendimiento diagnóstico de las causas de los diferentes síntomas internos?

El apartado que se dedica a aclarar esas preguntas consta la mayor parte de este trabajo, puesto que examina el papel que puede jugar el arte en el entendimiento y, al mismo tiempo, en el tratamiento de la esquizofrenia. Para poder contestar esas preguntas y llegar a las conclusiones, esbozaremos las argumentaciones de diversos autores, con el fin de poder reiterar nuestro trabajo de investigación. Lo que pretendemos, a fin de cuentas, es dar a conocer, en la medida de lo posible, un mundo de sensaciones que rebrotan en el interior del cuerpo esquizofrénico, hacer algo más conocido lo desconocido.

Por último, permítannos explicarles que el motivo que nos impulsó a llevar a cabo este proyecto surgió de la continua convivencia con personas que sufren los síntomas de la esquizofrenia. El hecho de acercarnos para intentar comprender esas sensaciones agónicas experimentadas, no es tarea fácil. Por esa razón, queremos precisar que este tema es personalmente emotivo y está marcado por su singularidad.

## **Objetivos**

Los objetivos con los que partió nuestro proyecto fueron los siguientes:

1. Describir la esquizofrenia en el contexto cultural, social y psicológico actual.
2. Recopilar información aportada por psiquiatras y psicólogos.
3. Manifestar que el discurso del arte puede ser un buen medio para mostrar la percepción interna del cuerpo esquizofrénico.
4. Realizar cuestionarios para los pacientes con esquizofrenia.
5. Examinar las respuestas y clasificarlas por síntomas cenestésicos y tipos.
6. Construir las sensaciones percibidas por los pacientes, mediante la escultura.
7. Utilizar el concepto de investigación para complementar los estudios realizados por la psiquiatría y la psicología.

## **Metodología**

La metodología que hemos seguido en la realización de este proyecto de investigación es la siguiente:

1. Recopilar bibliografía sobre la esquizofrenia recordando la historia, las causas, los síntomas, los tipos y subtipos.
2. Justificar y corroborar que los datos aparecidos en la labor de investigación son correctos. Todo ello con el aval obtenido a partir del contacto directo con las fuentes (i.e. psiquiatras, psicólogos, esquizofrénicos y artistas).
3. Elaborar varios listados donde aparezcan las colecciones más importantes de arte marginal con esquizofrénicos que trabajan el arte y artistas que padecen esquizofrenia.
4. Realizar un compendio de los conceptos obtenidos para asociarlos con nuestra obra artística.
5. Analizar la parte que más nos interesa de la esquizofrenia e ilustrarla de forma matérica (esculturas).

## 1. Historia del concepto de esquizofrenia

Contamos con escasas pruebas históricas que indiquen la gestación del término “esquizofrenia”. Sin embargo, es importante destacar que en el siglo XVII la palabra “locura”, perdió el carácter místico y sobrenatural que hasta entonces se tenía y comenzó a considerarse una enfermedad, a la cual se denominó “vesania”. Vesania equivalió a locura, furia, cólera; se definió como un deterioro mental ligado a la agresividad y violencia. Por ello, toda persona que sufría vesania era encerrada y encadenada.<sup>1</sup>

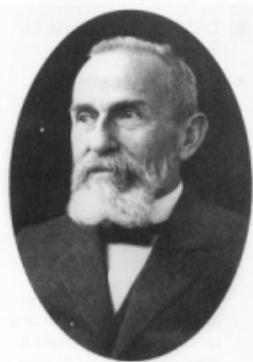
En 1793 mejora el tratamiento de los enfermos mentales. Philippe Pinel, médico francés, recurrió a fines terapéuticos para la rehabilitación de los enfermos y suprimió la utilización de cadenas y tratamientos que solo debilitaban a los enfermos. Fue entonces cuando el término vesania adquirió el vocablo de alienación. Las personas alienadas padecían idiocia, manía, melancolía y demencia. Pinel demostró que las relaciones familiares afectaban al desencadenamiento de la enfermedad e insistió en la regulación de la vida de los enfermos y restauración de las instituciones psiquiátricas.<sup>2</sup> En el año 1852 Bénédict Morel, médico y asistente en psiquiatría francés, concibió por primera vez el termino *démence precoce* (demencia precoz) para describir un desorden mental que afectaba a adolescentes y conducía a un deterioro de la funciones mentales. Entre 1861 y 1865 los psiquiatras alemanes Heinrich Hoffmann y Ludwig Daniel Christian Snell designaron un cuadro clínico que describió la paranoia y las alteraciones del pensamiento. En 1868 el psiquiatra alemán Karl Ludwig Kahlbaum introdujo el término catatonía como una forma de demencia motora que caracterizaba la existencia de alteraciones psíquicas. Todo ello condujo a la teoría de Ewald Hecker, psiquiatra

---

<sup>1</sup> cf. Berrios, G., Quemada, I., “Aspectos históricos y conceptuales de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia”, en: Aldaz, J.A., Vázquez, C. (comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, Madrid, XXI, 1996, pp. 121 ss.

<sup>2</sup> cf. Szymansky S., Kane, J.M, Lieberman, J.A: “A selective review of biological markers in schizophrenia”, en: *Schizophrenia Bulletin*, vol. 17 (1), 1991, p. 99 ss., cit. por García-Merita, M.L., *Tratando...esquizofrenia: ese desconocido mal*, Madrid, Ediciones Pirámide, 2005, p. 17.

alemán, que en 1871 con el término “hebefrenia” explicó que el deterioro mental afectaba al individuo adolescente. Entre 1894 y 1896 Sigmund Freud, neurólogo austríaco, escribió sobre la neurosis de defensa, donde intentaba explicar las diferencias entre la demencia precoz, la paranoia y la psicosis alucinatoria hasta dar con un nombre alternativo “parafrenia”. Poco tiempo después Emil Kraepelin escribió los tratados en los que la palabra “demencia precoz” quedaba obsoleta y consideró que la enajenación mental debía dividirse en tres grupos: la demencia paranoide, la catatonía y la hebefrénica.<sup>3</sup> También desde el psicoanálisis en 1907, el psiquiatra, psicólogo y ensayista suizo Carl Jung, hizo algunas aportaciones donde señaló que en la esquizofrenia se destruía la organización funcional del Yo. Se sopesó que la esquizofrenia no era un



trastorno orgánico, sino procedente de una irregularidad emocional que provocaba un metabolismo anormal.<sup>4</sup> ¿Pero de dónde surgió el término esquizofrenia?

En 1911 el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler enunció el tema de la “esquizofrenia” como un trastorno y no como enfermedad y puso en énfasis la disociación de la mente. Bleuler dio una base amplia sobre la sintomatología de la esquizofrenia y consiguió reunir las suficientes pruebas para demostrar que la demencia precoz no afectaba solo a jóvenes ni ocasionaba necesariamente un deterioro en las funciones mentales. Así que, el vocablo “esquizofrenia” se redefinió como “mente dividida”. Bleuler descubrió que la vida psíquica interna perdía la facultad de vibrar con el medio social, pues el sujeto no disponía de la capacidad de mantener el contacto con la realidad y la fragmentaba.<sup>5</sup> Sin embargo,

---

<sup>3</sup> cf. Meltzer, H.Y., “Treatment of the neuroleptic nonresponsive schizophrenic patient”, en: *Schizophrenia Bulletin*, vol. 18 (3), 1992, pp. 512 ss.

<sup>4</sup> cf. García-Mérita, M.L., op. cit., p. 22

<sup>5</sup> Ibid., 13; cf. Bleuler, E., *Dementia praecox or the group of schizophrenias*, 1911, traducido por Zinkin, J., Nueva York, International Universities Press, 1950, cit. por Rosen, J.N., “Algunas observaciones sobre la concepción de Bleuler de la demencia Precoz”, en: Rosen, J.N., *Psicoanálisis Directo. Tratamiento de la Psicosis sin Medicamentos*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1975.

ese concepto fue escaso para la evaluación de Karl Jaspers, pues consideró que los diagnósticos debían basarse en la forma en la que el paciente llegaba a ese estado. Entonces expuso que, si la singularidad del ser humano y sus experiencias se entienden como concretas, se debía diagnosticar al paciente con la misma individualidad y precisión. Ese nuevo rumbo de afinidad entre la filosofía experimental, el método fenomenológico y la psicología comprensiva, todavía no empleada en psiquiatría, contribuyó a que muchos psiquiatras y psicólogos se instruyeran en la corriente médico-antropológica de la psicoterapia analítico-existencial.<sup>6</sup> De ese modo, Jacob Kasanin, psiquiatra estadounidense, detectó que en los trastornos del pensamiento había alteraciones del ánimo y manía, por consiguiente, empleó el nombre de “trastorno esquizoafectivo” para definir ese temperamento en 1933.<sup>7</sup> La psiquiatría fue avanzando y las investigaciones se ajustaron cada vez más al paciente. El psiquiatra noruego Gabriel Langfeldt comenzó en 1939 a dividir a los pacientes según la sintomatología que presentaban; durante esos años y en 1947 Karl Kleist, neurólogo y psiquiatra alemán, logró justificar sus ideas de que en la esquizofrenia existía una degeneración del sistema psicomotor. Además, junto con los escritos realizados por Cecile y Oscar Vogt sobre las anomalías en el cerebro, también distinguió que la esquizofrenia debía clasificarse en dos grupos; las personas que presentaban trastornos de pensamiento y las que el trastorno de afectividad, psicomotores y del yo predominaban. Kleist apuntó que todas aquellas anormalidades que presentaba el paciente pertenecían a una degeneración del tronco cerebral. De modo que considerando los argumentos de Kleist, Leonhard dividió de nuevo los grupos de esquizofrenia en esquizofrenias nucleares, descritas por Kraepelin como hebefrénica, catatónica y paranoide; y las marginales,

---

<sup>6</sup> cf. Jaspers, K., *Psicopatología General*, 1913, traducido por Saubidet, R.O. y Santillán, D.A., México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 2006, pp. 391 ss.; cf. Bercherie, P., *Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico*. Buenos Aires, Editorial Manantial, 1986, pp. 68 ss.

<sup>7</sup> cf. Kasanin, A.J., *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1958, pp. 17 ss.

denominadas como parafrenia afectiva, catatónica periódica y esquizofasia.<sup>8</sup> Persiguiendo una aclaración de las causas psíquicas de la esquizofrenia, en 1951 el estadounidense Adolf Meyer creyó que la enfermedad era consecuencia de un factor psicosocial, físico y psicobiológico. Por otra parte el psiquiatra alemán Kurt Schneider dejaba constancia en 1957 que muchos de los pacientes que eran diagnosticados con esquizofrenia no tenían por qué sufrir todos los síntomas. Entonces, el autor consideró que los síntomas debían dividirse en dos grupos, es decir, que la persona que padecía los síntomas caracterizados en el primer rango (las alucinaciones, la imposición del pensamiento, etc.) no tenía que sufrir los síndromes del segundo rango (cambios de humor, trastornos de la percepción, etc.) o las personas que sufrían los trastornos del segundo no tenían que presentar los síndromes del primero. En definitiva, lo que trató Schneider fue clasificar cada uno de los síndromes para aplicar un método psiquiátrico u otro.<sup>9</sup> Otras aportaciones importantes que se realizaron fueron las del psiquiatra y psicoanalista ourense Manuel Cabaleiro que constató en 1961:

(...) por medio de los síntomas, en el rapport con el enfermo y a través de la observación de su conducta, tenemos que lograr ver lo que hay detrás, cuál es el estado del mundo interior de donde procede todo esto; es decir, cómo el yo del esquizofrénico se halla alterado en su actividad, de un modo específico, cómo la personalidad se halla rota y escindida en su núcleo, permitiéndonos vislumbrar ese mundo autístico, genuinamente esquizofrénico.<sup>10</sup>

Bajo la influencia de Adolf Meyer el psiquiatra estadounidense Sulliman describió en 1962 que en la esquizofrenia el resultado de experiencias reprimidas en la infancia causaba un deterioro en la autoimagen y en la percepción alterada de los demás. Con lo cual, el sujeto presentaría a lo

---

<sup>8</sup> cf. Cannon, T.D., Marco, E., "Structural brain abnormalities as indicators of vulnerability to schizophrenia", en: *Schizophrenia Bulletin*, vol. 20 (1), 1994, pp. 89 ss.

<sup>9</sup> cf. Klapan, H., Sadock, B., *Tratado de Psiquiatría VI*, Buenos Aires, Editorial Intermédica, 1997, p. 809.

<sup>10</sup> Cabaleiro Goas, M., *Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas*, Madrid, Paz Montalvo, 1961, p. 15.

largo de su vida una disociación de sí mismo que, no incurable, sería difícil de superar.<sup>11</sup>

¿Pero quién realmente introdujo los síntomas que hoy en día se observan como esquizofrenia? Seguramente la esquizofrenia tuvo su origen en Kraepelin, pero la ubicación psicopatológica no se estimó hasta que los estudios de Jaspers y Schneider se avalaran. Muchos de los argumentos de Jaspers fueron criticados, pero en la actualidad algunos de ellos se siguen aplicando.<sup>12</sup> A lo largo del siglo XX se produjeron numerosas investigaciones en el ámbito de la psiquiatría y psicología. Aunque



muchos autores se apoyaron, otros discreparon, como el psiquiatra escocés Ronald David Laing y David Graham Cooper, psiquiatra sudafricano, que en 1972 con sus posturas antipsiquiatras, describían que la causa de la esquizofrenia provenía del malestar de la cultura y que la psiquiatría era un instrumento opresivo para la aniquilación del individuo que perturbaba. Con estas ideas muchos antipsiquiatras fundaron instituciones donde los pacientes practicaron una terapia libre que, basándose en los criterios de la filosofía existencial y el pensamiento dialéctico de Heidegger, Sartre y Hegel, podían alejarse de la estigmatización social. Para los antipsiquiatras el problema no fue del enfermo, sino de las personas que se interrelacionaban con él, todo ello aludió a que el problema se construía por una falta cometida por los familiares durante la infancia del afectado.<sup>13</sup>

A pesar de las críticas, en 1986 con el cuarto volumen de "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV" de la Asociación Psiquiátrica Americana se explican de nuevo las causas, los cuadros clínicos y los fármacos que se debían emplear en cada paciente, pues muchos psiquiatras apoyan la hipótesis de que la esquizofrenia tiene

<sup>11</sup> cf. García-Mérita, M.L., op. cit., pp. 22 ss.

<sup>12</sup> cf. Jaspers, K., op. cit., pp. 391 ss.; Bercherie, P., op. cit., p. 75.

<sup>13</sup> cf. Boyers, R., Orril, R., *Laing y la antipsiquiatría*, Madrid, Editorial Alianza, 1978, pp. 22 ss.

un gen biológico y que los fármacos pueden paliar el dolor y la angustia de la persona.

Actualmente, se sigue empleando el DSM junto con terapias alternativas, pero hay que considerar que la esquizofrenia sigue siendo un complejo concepto para ciencia y que todavía no se han podido explicar con exactitud las causas que la provocan. Por lo tanto, no existe un diagnóstico y tratamiento que se ajuste completamente al enfermo que padece el horrible sufrimiento de esta enfermedad. De momento tan solo podemos contemplar las diversas pesquisas que se están desarrollando en las universidades de neurología, biología y psiquiatría en todo el mundo. Todas ellas en busca de una o varias respuestas que faciliten el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia.

### **1.1. Las causas de la esquizofrenia: los posibles orígenes de la esquizofrenia.**

Como hemos mencionado anteriormente, las causas de la esquizofrenia no dejan de ser un misterio para la sociedad científica. Hoy en día, existen datos que describen sus posibles motivos. Se indica que factores biológico-genéticos, biológico-ambientales y psicosociales son los que pueden originar esos síndromes.

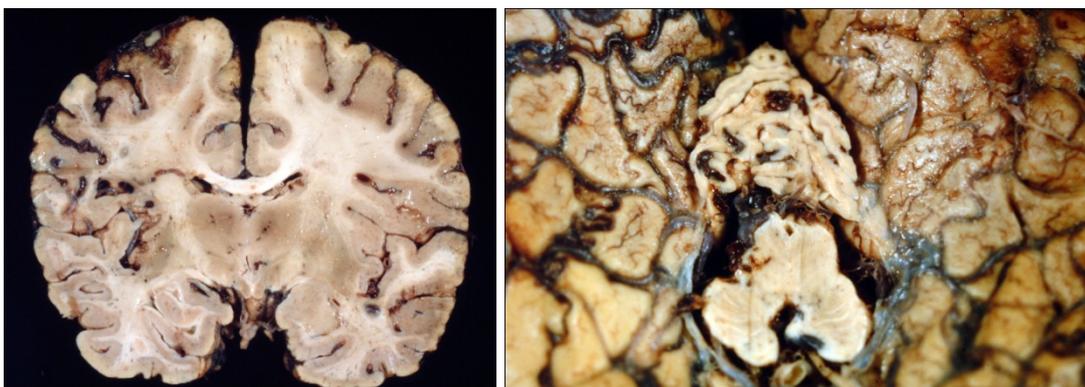


Ilustración 1 : Deformación cerebral y MAV 1x 3. Fotografías tomadas en el Hospital General de Oviedo, 2011.

A continuación, vamos a describir cada uno de ellos, ya que como muchos psiquiatras y neurólogos exponen, en el cerebro esquizofrénico se pueden distinguir diversas alteraciones físicas. Esas variaciones se deben a que el hipocampo - cuya función es la consolidación de la memoria y el aprendizaje - posee una densidad menor a la del resto de personas, así como las oquedades de fluido en el cerebro son mucho más grandes que en las de las personas que no la sufren. Se explica también, que a causa de esas deficiencias físicas los circuitos neuronales de la persona no responden adecuadamente, por lo tanto no disponen de una organización ni de un almacenamiento de información apropiada. Teniendo en cuenta estas consideraciones, entenderemos que cuando se diserta sobre las causas biológico-genéticas, la probabilidad de contraer los síntomas si algún familiar los padece, será mayor. El baremo actual de personas que padecen esquizofrenia en la población mundial oscila en un 1%. Se prevé que los familiares con el padre o la madre esquizofrénica la sufrirán con 12%, sin embargo si los dos padres la padecen, los hijos tendrán el riesgo de un 35%. Hemos de puntualizar que no todos los casos deban ser así, pues existe la posibilidad de estar predispuesto a la enfermedad, pero no desarrollarse en ningún momento de la vida. En cuanto a las causas biológico-ambientales se ha destacado que existen virus neuronales que afectan al desarrollo del cerebro embrional. Esto quiere decir que cabe la posibilidad de que a causa de sustancias ingeridas por la madre, la desnutrición en el proceso prenatal y la incompatibilidad del grupo sanguíneo, un virus neurológico accediera al sistema inmunitario en el proceso fetal y provocara alteraciones en el tálamo e hipocampo. Otro factor que se nombra, es el contagio del mismo virus neuronal causado por insultos durante el crecimiento del bebé de 0 a 3 años. Esa circunstancia favorecería también al proceso de los síntomas de la esquizofrenia.

Con respecto a los factores psicosociales, antiguamente se creía que el mal entorno familiar era el causante del desarrollo de la sintomatología, pero actualmente se ha desechado esa hipótesis.

También se observa que el estrés provocado por el ritmo frenético de la sociedad influye en la aparición de los síntomas de la esquizofrenia. Si volvemos a la historia recordaremos que algunos de los autores como Sulliman describía la esquizofrenia como resultado de experiencias reprimidas en la infancia. Pero como hemos señalado varias veces, a pesar de poseerse datos tomográficos, estadísticos y descriptivos, todavía nos encontramos lejos de poder afirmar con exactitud alguna de las causas que originan esas deficiencias físicas y psíquicas que la esquizofrenia nos revela.<sup>14</sup>

### **1.1.1. Desencadenantes**

Cuando se origina un suceso importante en la vida de una persona vulnerable o con predisposición a la esquizofrenia, la desmesura de exigencia atribuida por una carga emocional excesiva, puede desencadenar brotes de esquizofrenia. El estrés psicológico producido por la muerte de una persona próxima, la pérdida de trabajo, la actitud excesiva de preocupación por parte de la familia, las críticas y desvalorización o situaciones felices que supongan un gran cambio en la vida de ese individuo son factores suficientes para la predisposición de la enfermedad. También las drogas ejercen un papel importante en el crecimiento de la esquizofrenia u otras enfermedades mentales si se está predispuesto.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> cf. Jones, P., Cannon M., "The new epidemiology of schizophrenia", en: *The Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 21 (1), 1998, pp. 21 ss., cit. por Secretaría de Salud, *Programa Específico de Esquizofrenia*, México, D.F., 2002, p. 19.

<sup>15</sup> cf. Fuller, E., *Superar la esquizofrenia*, Barcelona, Editorial Planeta, 2006, pp. 194 ss.

## 1.2. La sintomatología de la esquizofrenia: la descripción de los síntomas de la esquizofrenia

Es importante mencionar en esta sección, que en la actualidad muchos de los psiquiatras consideran la esquizofrenia como un conjunto de síntomas y no como una enfermedad específica. Es decir, que el vocablo esquizofrenia pasa a describirse como “las distintas esquizofrenias”.<sup>16</sup> Esto quiere manifestar que, dependiendo del origen de la afección vivida por la persona o el grupo de personas, aparecerán unos determinados síndromes. Ahora bien, si recapitulamos todo lo nombrado hasta aquí, recordaremos que una de las aportaciones más importantes en el diagnóstico de la esquizofrenia fueron representadas por el DSM-IV en 1986, donde los conceptos acerca de la esquizofrenia descritos por Kraepelin cobraron importancia. Esas argumentaciones creadas por el psiquiatra explicaron que los síndromes de la esquizofrenia debían agruparse en síntomas paranoides y síntomas catatónico-afectivos, actualmente denominados como síntomas positivos y síntomas negativos. Este sistema clasificatorio también lo argumenta la neuropsiquiatra María Ron en la actualidad:

(...) los psiquiatras sabemos que para diagnosticar esquizofrenia hay que tener una serie de síntomas por un cierto periodo de tiempo, y los síntomas normalmente se dividen entre síntomas positivos y síntomas negativos. Los síntomas positivos son los que el público está más acostumbrado a asociar con la esquizofrenia, las alucinaciones, las ideas delirantes, los trastornos del pensamiento, las alucinaciones auditivas; pero quizás más importante desde el punto de vista de cómo estos enfermos se manejan socialmente, son los síntomas negativos, que son la falta de voluntad, la anhedonia, el aplanamiento del afecto y los síntomas cognitivos de cambios intelectuales. En realidad estos síntomas son más importantes para la vida de cada día, porque no puedes manejar conceptos o hacer las decisiones apropiadas; además se puede añadir que los fármacos que hoy en día se usan para tratar la esquizofrenia, han mejorado mucho en los últimos años, son útiles en el tratamiento de estos síntomas positivos, las alucinaciones, las ideas delirantes; suelen responder bien a los fármacos pero no a los síntomas

---

<sup>16</sup> Ron, M., *Sigue el desafío de la esquizofrenia*, entrevista de Eduardo Punset a María Ron en el programa “Redes”<sup>17</sup> de RTV, 27.10.2008 (<http://www.rtve.es/alcarta/videos/redes/redes-sigue-desafio-esquiofrenia/324496/>)

negativos, que son mucho más constantes, mucho más resistentes al tratamiento.<sup>17</sup>

Estimando estas premisas determinamos que en el grupo de los síntomas positivos hay que incluir además de las alucinaciones las ideas delirantes de persecución y control y los trastornos del pensamiento, la existencia de algunas anomalías en el lenguaje y la conducta. No obstante, en este grupo de síntomas suelen ser frecuentes las alucinaciones auditivas y visuales. Pero, como hemos mencionado al principio del tema, esas evaluaciones dependen mucho del sujeto.

En cuanto a los síntomas negativos que Ron puntualiza, se ha de decir que representan una disminución de las funciones normales. Quiere decir que, dentro de estos síntomas negativos, el afecto, la conducta y los estados de ánimo empobrecen, produciéndole al individuo apatía, insociabilidad, dificultades para mantener la atención y ralentizamiento del sistema motor. Los psiquiatras denotan que los síntomas negativos aparecen en un estado de la esquizofrenia más tardía, sin embargo, los positivos suelen hallarse en los primeros estadios.<sup>18</sup>

### **1.3. Los tipos de esquizofrenia: la clasificación de los tipos de esquizofrenias**

La tipificación del concepto esquizofrenia es algo que normalmente suele resultar incómodo y polémico. El vocablo “esquizofrenia”, para la sociedad, implica el haber perdido el juicio, el cometer crímenes y el factible suicidio. Posiblemente la ignorancia de los estudios ejecutados sobre los síntomas a través de la historia y el oscurantismo de los medios de comunicación, hayan creado de la palabra “esquizofrenia” una definición totalmente inadecuada, imprecisa y perniciosa, transfigurando de ese modo a las personas que sufren la dolencia de la esquizofrenia.

---

<sup>17</sup> Ron, M., op. cit.

<sup>18</sup> cf. Andreasen, N.C, Cooper, A., Gorman, J., “Comunicaciones Breves”, en: *American Journal of Psychiatry*, Vol 1 (2), 1999: 9 ss., cit. por First, M.B., *DMS-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Editorial Masson, 2009, pp. 445 ss.

Siendo conscientes de la tipificación del término, haremos una breve especificación de los tipos de las diferentes esquizofrenias.

En el desarrollo del concepto nombrábamos a Kraepelin como el precursor de las clasificaciones tipológicas. Sopesadas sus aportaciones, las actuales regulaciones que presenta el DSM-IV-TR muestran un nuevo cuadro clínico que se ajusta más a la descripción sintomatológica del paciente:

*Esquizofrenia de tipo catatónico;* el paciente presenta síntomas de inmovilidad expresiva y motriz, aunque se ha dado el caso de efectuar movimientos característicos voluntarios. Las personas con este tipo de esquizofrenia suelen permanecer en silencio y aisladas.

*Esquizofrenia de tipo desorganizado;* el afectado suele padecer incoherencia y desorganización en el lenguaje. A menudo los síntomas van acompañados de alucinaciones corporales y quejas hipocondríacas.

*Esquizofrenia de tipo paranoide;* los síndromes más frecuentes en esta tipología son las alucinaciones auditivas y los delirios con una preocupación concreta. Esos síntomas deben estar alejados de los síntomas presentados en el tipo catatónico y desorganizado para concretar este tipo de dolencia.

*Esquizofrenia de tipo indiferenciado;* la persona que soporta los síntomas presentados en este tipo está predispuesta a las alucinaciones, los delirios, las incoherencias verbales y la conducta desorganizada. Todos ellos sin semejarse a los criterios anteriormente mencionados.

*Esquizofrenia de tipo residual;* este tipo se caracteriza por la carencia de alucinaciones, delirios, incoherencias y desorganización, aunque presenta síntomas como la apatía y la disminución de afectividad.

En este apartado debemos puntualizar que las clasificaciones nombradas se consideran basándonos en los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Queremos decir con esto, que en la actualidad la clasificación de estos tipos se resumen en tipo I y tipo II de la esquizofrenia. Los del tipo I se caracterizan por estar asociados con los síndromes positivos, por tener una evolución irreversible y por una buena respuesta a los neurolepticos.



Ilustración 2 : Neurolepticos para el tratamiento de la esquizofrenia.

Sin embargo, los del tipo II están asociados a los síntomas negativos, no responden bien a los fármacos y tienen una evolución crónica. Este tipo es el más cercano al concepto de la “demencia precoz” de Kraepelin. Uno de los problemas que aparecen cuando se hace este tipo de clasificaciones se debe a que la esquizofrenia todavía es un concepto desconocido y en ocasiones los síntomas negativos coexisten con los síntomas positivos y viceversa, pues la sintomatología como hemos descrito anteriormente, depende del paciente.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> cf. García-Mérita, M.L., op. cit., pp. 73 ss.

#### **1.4. La psique y el cuerpo: las teorías y reflexiones aportadas por Winnicott y Freud**

El concepto “psique” lo relacionamos habitualmente con determinados actos y funciones mentales, así como el término cuerpo, lo asociamos paralelamente con la estructura física que nos constituye. Pero si prestamos atención, observaremos que nuestro cuerpo refleja nuestras emociones, primordialmente aquellas que solemos reprimir. En los estudios psicosomáticos, la Teoría del Desarrollo Emocional de Donald Winnicott en 1957 analiza la influencia de los factores psíquicos en los trastornos físicos. Las investigaciones apuntan a que el estado emocional determina el desarrollo de la dolencia; es decir que, cuando una persona reprime sus sentimientos, se producen trastornos corporales. Queremos también resaltar en el tema que las viejas teorías de distinción entre psique y cuerpo tras largos años de investigación quedan obsoletas, pues actualmente se afirma que las dolencias afectan a la persona como unidad y no como afección dividida. Considerando lo descrito, vamos a nombrar a la obra “Análisis silvestre” de Freud como antecedente de las investigaciones de Winnicott. En ella, Freud afirma que toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal y que algunos de los estados nerviosos (neurosis) dependen del factor somático de la vida sexual. Pero lo que en este contexto nos interesa del autor es la relación sobre el lenguaje de la esquizofrenia introducida en la obra “El descubrimiento de lo inconsciente” de 1915. En esos textos Freud hace referencia a los pacientes que padecen esquizofrenia y que están tratados por el psiquiatra y psicoanalista austríaco Viktor Tausk. Muchos de esos pacientes describieron la esquizofrenia como síntomas que se producían de forma externa e interna en el propio cuerpo. A raíz de esas descripciones, se comenzó a hablar de que las sensaciones corporales provenían de representaciones inconscientes. Tras realizar los estudios de los síndromes originados por la psique, Freud explicó el concepto narcisista del enfermo y la pérdida líbida del órgano. Todo ello determinó

que el enfermo de esquizofrenia se alejaba del entorno y se centraba en el “Yo”, formándose un auto-hermetismo entre “El yo y el ello”. Si volvemos a los argumentos de Winnicott vemos que el autor también describe que el paciente psicossomático reprime sus emociones. Al producirse alteraciones en la psique el cuerpo las somatiza, porque el “Yo” se sobrevalora en cuanto a lo que le rodea.<sup>20</sup>

#### **1.4.1. Las teorías de Anzier Didier: las funciones de la piel**

En 1974 Anzier Didier habla de la piel como envoltura del cuerpo. Una de las funciones de la epidermis es registrar la diversidad de sensaciones obtenidas por el entorno. A través de la piel el sujeto adquiere la coherencia y el aprendizaje. Su teoría indica que el “Yo piel” sostiene el psiquismo y el esqueleto, es decir que la epidermis es la barrera protectora contra agentes externos. No obstante, si la persona posee anomalías en la psique, los objetos externos penetran en el cuerpo y producen alteraciones en las sensaciones corporales. Si pensamos en las personas que sufren esquizofrenia, observamos que el dolor al que constantemente se encuentran sometidas, suele mostrarse como autodestructivo. Pues cuando la información externa es demasiada y el aparato psíquico no es capaz de procesarla correctamente, es cuando se originan somatizaciones corporales internas y externas por sobrecargas de excitación sensorial.<sup>21</sup>

#### **1.5. El cuerpo esquizofrénico**

Las personas que sufren esquizofrenia carecen de un sentido claro de sí mismos y del entorno. Debido a la existencia de anomalías en diferentes partes del cerebro, las personas con los síntomas de la esquizofrenia

---

<sup>20</sup> cf. Freud, Sigmund, "El Yo y el Ello", en: *Obras completas*, Sección IV, Las Dos Clases de Instintos, Tomo 6. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1923, 194 ss.; cf. Winnicott, D.W., *La naturaleza humana*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1988, p. 39.

<sup>21</sup> cf. Didier, A., *El yo-piel*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1998, pp. 215 ss.

desarrollan alteraciones en las sensaciones corporales. Es decir, que a través de esos cambios en la percepción, la persona experimenta diversas alteraciones somáticas y problemas de diferenciación entre uno mismo y la otra persona. De esa manera, el cuerpo del paciente esquizofrénico toma vida propia y produce en él un conjunto de estímulos visuales, táctiles e internos, que hacen sentir de forma distinta los límites del propio cuerpo y los objetos que lo rodean.

Un buen ejemplo para ilustrar en este punto es el libro de *La metamorfosis* de Kafka, especialmente cuando el protagonista Gregor observa que a medida que pasa la mañana se transforma en escarabajo. Muchos de los fragmentos de Kafka han sido examinados por diversos investigadores, puesto que se especula que el mismo Kafka podía haber padecido esquizofrenia esporádicamente.<sup>22</sup>

### **1.5.1. La cenestesia (un subtipo de la esquizofrenia). La percepción alterada del cuerpo**

Queremos indicar que el foco de interés de nuestro trabajo artístico se centra primordialmente en el capítulo III. Como hemos explicado arriba, en el cuerpo esquizofrénico se producen variaciones en las sensaciones corporales. Esas modificaciones de las sensaciones se explican a través de la esquizofrenia cenestésica. La cenestesia surge en 1957 por el psiquiatra alemán Gerd Huber referente de la escuela de Bonn. Generalmente los estudios de la esquizofrenia cenestésica se establecen a raíz de las investigaciones de la psicopatología fenomenológica descriptiva de Jaspers y Schneider de la escuela de Heidelberg.

Si evocamos los capítulos anteriores, recordaremos que la psicopatología apuntaba a que las experiencias interiores del paciente se desencadenaban por causas, conductas, desarrollos de la personalidad, procesos cerebrales y orgánicos de la propia persona, y que a partir de entonces la psiquiatría fue fundamentándose en dos pilares para el

---

<sup>22</sup> cf. Fuller, E., op. cit., pp. 69 ss.

diagnóstico: la psicopatología y la somatología. Cuando Huber habla de somatología, describe que a causa de perturbaciones perceptivas, el cuerpo sufre un conjunto de síntomas anormales. Ese conjunto de síndromes internos anómalos que se producen en la persona se denomina esquizofrenia cenestésica. La descripción de este subtipo demuestra que las extrañas sensaciones corporales combinadas con perturbaciones afectivas, se desarrollan por desórdenes de la percepción cognitiva y la centro-vegetativa (la encargada de regular la actividad interna del cuerpo). Los pacientes con esquizofrenia cenestésica muestran a menudo atrofia cerebral y alteraciones orgánicas en el tálamo.

Los síntomas que suelen ser comunes en este subtipo de esquizofrenia son los siguientes:

1. La aparición de múltiples sensaciones corporales.
2. La fluctuación de ritmos y periodos fisiológicos en las sensaciones dependiendo del entorno.
3. La producción de sensaciones dinámicas e indeterminadas.

Se han realizado diversos estudios cenestésicos que hablan de estos síndromes, pero todos ellos quedan conjeturados de forma difusa, vaga e indeterminable. El paciente carece de medios adecuados para expresar las cenestesias que se producen en el propio cuerpo. Esto se debe a que la mayoría de las sensaciones aparecen de manera imprecisa y en movimiento, con lo cual la descripción de los síntomas puede llegar a ser compleja. Queremos indicar antes de adentrarnos en la clasificación de la cenestesia que en la fase y durante la enfermedad, según los estudios realizados en Bonn, entre el periodo de 1957 y 1971 se presentaron en un 73,2% episodios cenestésicos en el paciente. Por esa pesquisa se ha clasificado la cenestesia en diferentes niveles y tipos.

La elaboración de diversas investigaciones clasifican la cenestesia en tres niveles:

1. Sensaciones no particulares

2. Sensaciones corporales extrañas y peculiares
3. Alucinaciones corporales

Cualquier nivel puede presentarse de forma aleatoria en el paciente, es decir que el individuo puede tener un nivel 1 y pasar al nivel 3 sin transitar el nivel 2. Las múltiples cenestesias también se ordenan por tipos:

1. Sensaciones entumecidas y rígidas
2. Despersonalización del propio cuerpo, órganos y miembros.
3. Paralización y debilidad motora
4. Sensaciones de aflicción gradual
5. Dolor agónico y sensaciones nómadas que incitan el suicidio
6. Electricidad sensitiva
7. Fluctuación térmica de calor y frío en las sensaciones
8. Presión del cuerpo y sensación de dinamismo interno
9. Levitación o elevación
10. Aumento y disminución del cuerpo
11. Movimientos de los miembros
12. Desorientación y desequilibrio corporal
13. Estimulación de las sensaciones causadas por el sonido, emociones y el tacto

Las cenestesias van unidas al malestar vital y al agotamiento. Las sensaciones corporales con desórdenes psicósomáticos se inician por un defecto afectivo. La perturbación de la afectividad se divide en dos estadios; el primero evidencia rasgos de hipocondría. El paciente cree, que a causa de su malestar, no puede trabajar e incluso llega a creer que en cualquier momento puede morir. Sin embargo este ciclo, puede tratarse, puesto que la persona que presenta estas características posee un contacto afectivo regulable. No obstante, en el segundo estadio, la afectividad del paciente es indiferenciada o violenta. Aquí la persona se convierte en siervo de las sensaciones y los episodios cambian con mucha rapidez. Por lo general, en este grupo los síntomas se presentan como únicos y no suelen aparecer en el primer estadio, aunque cabe la posibilidad de que con el tiempo se alterne con el estadio 1. Los síntomas más frecuentes son la taquicardia, la bradicardia, el aumento de la

respiración, la hipersalivación, las náuseas, los vómitos, la constipación, la retención de la orina por un cierto periodo de tiempo, la formación de edemas, la inflamación de glándulas sudoríferas, las variaciones de peso y la sensibilidad patológica causada por el cambio del clima. Dentro de la perturbación motora, los síndromes que se detectan son los ligeros temblores en los dedos, manos, labios y lengua, junto con los movimientos rítmicos de las ventanas inferiores de la nariz. En las perturbaciones cognitivas se aprecian los pseudo-movimientos de los objetos, la visión borrosa, la percepción acústica, olfativa, gustativa y táctil. Otros de los síntomas que se producen en la esquizofrenia cenestésica son la anorexia, la hiperorexia, el aumento o disminución de sed y el abuso adictivo del tabaco y el alcohol. Usualmente, las cenestesias permanecen conjuntas a los tipos de esquizofrenia paranoide, catatónica o hebefrénica. En este subtipo hay que considerar que los síndromes son breves y desaparecen durante mucho tiempo. También debemos señalar que los pacientes que presentan rasgos de la esquizofrenia cenestésica no son hospitalizados bajo tratamiento psiquiátrico.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> cf. Huber, G., Gross, G., „Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Therapie schizophrener Erkrankungen“, en: *Nervenarzt*, vol. 54, 1983, pp. 23-32; cf. Schimmelpenning, G.W., „Zur psychopathologischen Abgrenzung von hirnatrophischen Hypochondrien und Körperschizophrenien“, en: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Vol. 1971, 958, pp. 463-483.

## 2. El arte como medio del discurso psíquico

Llegados a este apartado y adquirido una idea clara de lo que significa el concepto esquizofrenia en el contexto cultural, social, médico y psicológico actual, comenzaremos evidenciando algunas de las cuestiones propuestas en el planteamiento de nuestro trabajo de investigación relacionadas con el arte.

Cuándo en el capítulo 1.1 hablábamos de las posibles causas de la esquizofrenia, mencionamos que, además de aplicarse fármacos para serenar el sufrimiento del paciente, comienzan a utilizarse simultáneamente las terapias alternativas para la mejora del individuo. Es en este punto, cuando el arte entra como terapia alternativa. Ahora bien, si hacemos un recorrido cronológico desde la aparición de las primeras señales y pinturas, observaremos que la expresión artística ha formado parte de nosotros en casi todas las culturas desde tiempos remotos. Se puede afirmar, por lo tanto, que el lenguaje visual es una vía de comunicación importante para el ser humano y que eso ha contribuido durante la historia a que la práctica artística se considerara como una actividad de comunicación y bienestar. Sin embargo, contrariamente, la creación artística también ha sido estimada como un misterio para muchas personas. A menudo el arte y el artista han sido considerados como individuos con una genialidad excepcional en donde la locura podía estar presente. Esta atribución vamos a ir explicándola brevemente, haciendo un retroceso a la historia de la psiquiatría, la psicología y el arte.

Desde mediados del siglo XX, con los estudios realizados de Sigmund Freud y Carl Gustav Jung sobre el lenguaje simbólico del inconsciente, se hace presente el arte como terapia:

Desde el psicoanálisis, a partir de Freud, se presenta la primera explicación teórica de la creatividad como forma de sublimación de los conflictos originada en un flujo de energía inconsciente, vinculada al mundo de los afectos y conectada más o menos directamente, según qué autores, al trastorno mental.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Romo, M., *Psicología de la creatividad*, Barcelona, Editorial Paidós, 2005, p. 71.

Sin embargo, desde el enfoque de Jung, el arteterapia obtiene unos rasgos concretos y centra su acción en los medios artísticos como herramientas para el análisis del contenido simbólico de las imágenes visuales, producidas con fines terapéuticos. Conviene en este contexto contemplar las observaciones de Robinson (1987):

(...) existe una actitud frente a la terapia artística que se preocupa menos por la rectificación de la conducta perturbada y la modificación de síntomas, y que se centra en la importancia global del surgimiento del "sí-mismo" del individuo como algo distinto al yo, que se aprecia en la obra de arte que se lleva a cabo.<sup>25</sup>

La terapia analítica de Jung se construyó a partir de investigaciones que partieron de las relaciones establecidas entre su propio autoanálisis, la observación de sus pacientes y las representaciones simbólicas colectivas. No obstante, el tema del inconsciente de Freud y Jung, a pesar de habernos servido como inspiración y autoconocimiento, no vamos a tratarlo en esta investigación por las diferencias que se encuentran entre ambos autores, por las nuevas aportaciones de los estudios actuales de psicología y psiquiatría, y porque posiblemente tratemos el tema en una futura tesis doctoral. En cualquier caso, debíamos nombrarlos por la repercusión e importancia que engendraron a lo largo de los años.

También queremos recordar en este punto, que las dos guerras mundiales habían afectado a miles de individuos y que la situación a la que se enfrentaron muchas personas influenció de tal manera, que muchas de ellas necesitaron buscar nuevas formas de tratamiento para el sufrimiento de la psique. A raíz de todos esos cambios y aportaciones, el halo de romanticismo, con el que se presentaba la obra de arte, fue quedando obsoleto y fueron instaurándose los mundos oníricos y abstractos en todos los ámbitos artísticos.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Robinson, M., "Un enfoque jungiano de la terapia artística dentro de un entorno residencial, en: Dalley, T. (ed.), *El Arte como Terapia*, Barcelona, Herder, 1987, p. 142.

<sup>26</sup> cf. Coll Espinosa, F.J., "Proceso creativo y simbolización en la clínica del arteterapia", en: Coll Espinosa, F.J. (coord.), *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*, Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones, 2006, pp. 151 ss.

## 2.1. Colección Prinzhorn

Entre 1890 y 1922 el trabajo terapéutico de las artes plásticas se engendró en la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg por el historiador de arte y psiquiatra Hans Prinzhorn. Influido por las aportaciones teóricas de Jaspers y utilizando los análisis de los postulados de la psicología Gestáltica y las similitudes estéticas entre el arte primitivo y los



dibujos de los niños con el de los enfermos mentales, quiso entender cuál era la relación entre el arte de las personas sanas y el arte que producían los pacientes con desórdenes mentales. En esas investigaciones, Prinzhorn diferenció, que en la obra que realiza el artista, es una obra premeditada e intelectualizada, sin embargo, la del paciente es espontánea e impulsiva. Pues con esas distinciones, quiso dejar claro cuál era el papel del artista y la de la obra de arte frente al análisis de producción de imágenes que los pacientes realizaban. En los argumentos que expuso, también se planteó la pregunta de si en las obras de los enfermos mentales era posible reconocer los síntomas a través de la producción de pinturas y volúmenes. Pues lo que perseguía, era encontrar qué impulsos psíquicos conducían al paciente a realizar determinadas formas y composiciones, y cuáles eran las causas de esas predisposiciones. Con todas esas hipótesis e investigaciones, el psiquiatra austríaco sostuvo que la expresión artística de las personas con patologías mentales emergía de la misma fuente que cualquier otra expresión plástica profesional. Por ello, consiguió en 1920 reunir una gran cantidad de obras producidas por pacientes de diversos lugares de Europa e hizo, que con esa afirmación numerosos artistas se desplazaran para ver las colecciones de Prinzhorn.

Max Ernst, impresionado con la exposición y el libro *"Bildnerei der Geisteskranken"* traducido como "la producción de imágenes de los enfermos mentales" se lo llevó a Paris, donde causó un gran revuelo entre los artistas y que más tarde influenció en la obra de artistas como Alfred Kubin, Max Ernst, Paul Klee, Salvador Dalí, André Breton, etc.

Traducción de la escritura de la parte derecha del cuadro de Forster:



Ilustración 3 : "Esto debe significar que cuando a uno ya no le pesa el cuerpo, tiene que ganar peso por lo tanto ha de ser capaz de andar por el aire y a mucha velocidad."<sup>27</sup>

Las investigaciones que Prinzhorn llevó a cabo han sido foco de nuestro interés desde el principio, y conviene recordar la pregunta de la introducción:

¿El arte puede ser una vía de avance para el entendimiento diagnóstico de las causas de los diferentes síntomas internos?

Según los estudios que se realizaron por Prinzhorn, se pudieron reconocer en las obras de la colección algunos rasgos repetitivos entre algunos pacientes que presentaban síndromes similares (i.e. la repetición de mismos motivos: estereotipos, y los cuerpos mezclados entre hombres y animales: hibridación). De este modo describió lo que encontraba en las imágenes de los pacientes:

Nuestros pacientes se encuentran en contacto, de manera totalmente irracional, con las más profundas verdades, y muchas veces revelan,

<sup>27</sup> Cuadro de Forster, J., 1919

inconscientemente, visiones de trascendencia (...) Reencontramos así, en un contexto diferente, la idea de la existencia de formas de expresión psíquica y de objetos de formas correspondientes que en todos los hombres, en determinadas condiciones, serían casi idénticas, más o menos como los procesos fisiológicos.<sup>28</sup>

Ilustración 4 : "Lápiz y boli sobre papel de oficina" Dibujo de Jacob Mohr Proofs, 1910, Colección Prinzhorn.

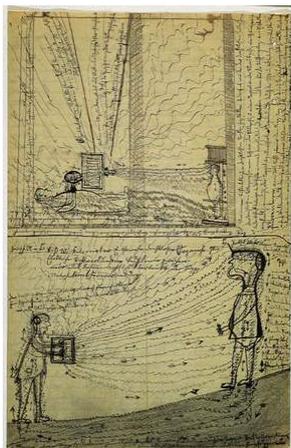


Ilustración 5 : "Chaquetita cosida a mano con textos" Materiales: hilo sobre lino del centro psiquiátrico, 36,5cm. Agnes Richter, 1900, Colección Prinzhorn.

Teniendo en cuenta los estudios que Prinzhorn realizó, debemos apuntar que nuestro proyecto no pretende encontrar las causas de esos síntomas mediante la práctica artística del individuo con esquizofrenia, sino que mediante los estudios que se han realizado anteriormente, junto con las encuestas que encontrarán en el siguiente capítulo y el trabajo continuo con pacientes con esquizofrenia, intentamos servir como canal y complemento de los estudios que la ciencia ha aportado. Para ello, vamos a realizar un breve repaso de los pacientes que expusieron en la colección de Prinzhorn para estudiar los intereses que cada paciente con esquizofrenia tenía, para encontrar similitudes entre las personas entrevistadas.

<sup>28</sup> cf. Prinzhorn, H., *Artistry of the Mentally Ill: A Contribution to the Psychology and Psychopathology of Configuration*, 1922, traducido por Brockdorf, E. von, New York, Heidelberg, Berlin: Springer, 1972, p. 242.

### 2.1.1. Josef Forster

Josef Forster, decorador y tapicero, trabajó como artesano hasta su ingreso en el instituto Regensburger Anstalt Karthaus-Prüll en 1916 con diagnóstico de esquizofrenia. Josef, interesado por el arte, se puso a pintar hasta llegar a crear una impresionante obra artística, donde reflejaba los retratos de sus compañeros de sufrimiento. Su capacidad creadora alejada de todo convencionalismo fue muy valorada por el médico Adolf Vierzigmann, quién mandó su obra a las colecciones de Prinzhorn.

Forster, junto con doce pacientes más de Heidelberg, expusieron en el “Museums für Irrenkunst” (*Museo del arte de locos*) que Hans Prinzhorn organizó. En aquella exposición se mostraron las 20 obras artísticas que Forster había elaborado junto con un catálogo, donde explicaba la vida compleja y de espectáculos que Forster tenía.<sup>29</sup>



Ilustración 5 : En este libro se explica cómo la obra de Forster estuvo influenciada por sus crisis psicológicas.

<sup>29</sup> cf. Fuchs, T., Jádi, I., Brand-Claussen, B., Mundt, C. (eds.), *Wahn Welt Bild, Die Sammlung Prinzhorn, Beiträge zur Museumseröffnung*, Heidelberg, Springer, Heidelberger Jahrbücher, 2002: 55 ss.

## 2.1.2 Richard Lachman

El pintor americano Richard Lachman con el título de su cuadro “Die Stimmen geben keine Ruhe” (*Las voces no cesan*) escribió un texto en el que explicó lo que proyectaba en sus cuadros:

Während der Zeit im Krankenhaus hörte ich andauernd Stimmen, die mir sagten, was ich zu tun hatte. Als ich dieses Bild malte, war ich so krank, dass ich nicht mehr unterscheiden konnte, ob sie wirklich oder nur in meinem Geist existierten. Ich erlebte mich als den Angriffen der Menschen und Kräfte um mich herum ausgesetzt (...) aus dem Bild heraus etwas mitzuteilen, anstatt als Opfer in seinem Zentrum zu verharren (...) Anstatt alle meine Gedanken nur noch auf mich selbst zu richten, begann ich wieder Beziehungen mit anderen aufzunehmen<sup>30</sup>

*Durante mi estancia en el hospital escuché permanentemente voces que me decían lo que tenía que hacer. Cuando pinté aquel cuadro estaba tan enfermo que ya no sabía si existían las voces de verdad o sólo se encontraban en mi mente. Observé que estaba enfrentado a los ataques de las personas y las fuerzas que me rodeaban y visualicé que la comunicación a través del cuadro, en vez de quedarme paralizado como víctima en su centro.(...) En vez de dirigir todos mis pensamientos a mí mismo, empecé a relacionarme de nuevo con los demás.<sup>31</sup>*

---

<sup>30</sup> Thomashoff, H.-O., Naber, D., *Psyche & Kunst, Psychiatrisch-kunsthistorische Anthologie, Katalog zur Ausstellung anlässlich des XI. Weltkongresses für Psychiatrie in Hamburg 1999*, Stuttgart, Schattauer, 1999, p. 128.

<sup>31</sup> La traducción ha sido realizada por nosotros.

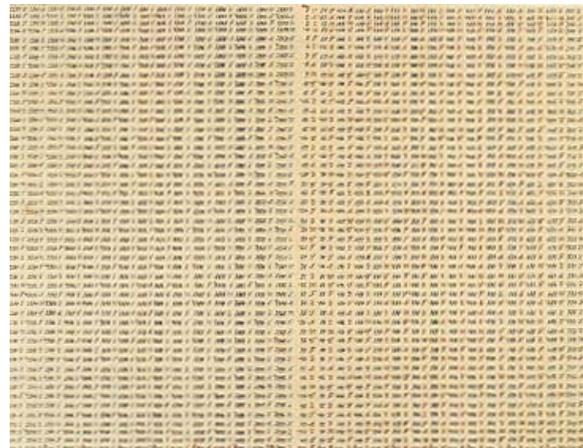
### 2.1.3. Joseph Heinrich Grebing



Nacido en 1879, Joseph Heinrich Grebing, un hombre de negocios, ingresó en el hospital psiquiátrico de Heidelberg Wiesloch en 1906 a causa de presentar síntomas de esquizofrenia.

Ilustración 6 : "Notizbuch" (Libro de notas) Joseph Heinrich Grebing, 1912-1921.

Heinrich comenzó a dibujar y a realizar pintadas sobre cómo la sociedad debía mantenerse organizada y qué es lo que debían hacer. Todo ello lo representó en sus cuadernos de contabilidad, de los que Prinzhorn se percató y adquirió más adelante para su colección. Sin embargo, con la llegada del régimen nazi en 1940 en Grafeneck (centro de exterminio) fue ejecutado con el programa llamado eutanasia.<sup>32</sup>



Aquel programa fue elaborado por prestigiosos médicos como el director del centro psiquiátrico de Hadamar, Karl Brandt, el psiquiatra Carl Schneider, muy conocido por los experimentos aplicados en los cerebros

<sup>32</sup> cf. Jádi, I., „Blickweisen – Sehwinkel – Horizonte“, en: *Wahnsinnige Schönheit, Prinzhorn- Sammlung (Katalog zur Ausstellung)*, Heidelberg: Verlag das Wunderhorn, 1997, p. 240.

de muchos niños y la terapia ocupacional que desarrolló<sup>33</sup> y Heyde, entre otros. Todos ellos llevaron la ejecución de más de 1000 pacientes por voluntad propia, justificando que aquel programa que se llevó a cabo fue necesario, porque en la psiquiatría había que tomarse unos juicios de valor, pues lo que pretendían era evitar que las enfermedades mentales fueran hereditarias. Los enfermos tenían que morir, porque no tenían una vida digna y aquellos pacientes desde hace mucho tiempo estaban “mentalmente muertos”, por lo tanto, debían abandonar este mundo.

## 2.2. Colección Dubuffet

Como se observa la psiquiatría mostró gran interés por el arte del demente, pues intentar entender al paciente a través de las imágenes y formas artísticas resultó muy atrayente para muchos artistas, entre ellos Jean Dubuffet.

El artista francés Dubuffet, buscador de un nuevo lenguaje expresivo para el arte, encontró en el libro de *"Bildneri der Geisteskranken"* de Hans Prinzhorn imágenes espontáneas, puras y primitivas, que llevaron a crear un nuevo concepto de arte, denominado "Art Brut" (arte bruto, arte marginal o arte fuera de normas). Dubuffet, atraído por formas sencillas que los enfermos mentales realizaban, comenzó a recopilar numerosas obras de enfermos y de niños para estudiarlo. Junto con André Bretón y Jean Paulhan en 1948 coleccionaron obras de Aloïse Corbaz, Alfredo Pirucha y Adolf Wölfli, además de publicar el primer manifiesto de "Art Brut" y fundar la Compagne d'Art.

Dubuffet renunció a los materiales cotidianos y las técnicas habituales para sustituirlos por materiales inusuales como el barro, yeso y elementos orgánicos para su creación. El artista consideró que el arte que se exponía en los museos estaba contaminado por la sociedad y su

---

<sup>33</sup> cf. Röske, T., director de la Sammlung Prinzhorn (*Colección Prinzhorn*), entrevista del 23/03/2010: <http://www.artefakt-sz.net/kunsthistoriker-im-gespraech/kunst-ist-niemals-krank>, (último acceso: 12/09/2011)

cultura y que por lo tanto la verdadera esencia de arte no existía en aquellas obras. Para entender el concepto al cual nos referimos, definió como Art Brut a:

(...) las producciones de todo tipo (...) que presentan un carácter espontáneo y muy inventivo así como poco endeudado con el arte al uso y con las frivolidades culturales, y que tengan como autores a personas oscuras y extrañas a los medios profesionales (...) entendemos como tales a las obras realizadas por personas no afectadas por la cultura artística en las que el mimetismo, al contrario de lo que ocurre con los intelectuales, casi no participan o no la tienen en absoluto, de manera que sus autores obtienen todo de sus propios recursos y no de los tópicos y de las frivolidades del arte clásico o del que está en moda (...) la operación artística totalmente pura, en bruto, reinventada (...) por el autor al sentir sus impulsos (...) el arte donde se manifiesta la sola función de la inventiva, y no aquellas otras, constantes en el arte cultural, del camaleón, y del mono.<sup>34</sup>

También encontramos una corta descripción sobre el concepto por el conservador del Museo de “Art Brut” y amigo personal de Dubuffet, Michel Thevoz:

(...) los trabajos producidos por personas, que por varias razones no han sido adoctrinadas culturalmente o pertenecen a círculos marginales socialmente. Trabajando al margen del sistema establecido (colegios, galerías y museos), estas gentes han producido desde la profundidad de su personalidad y de manera individual, trabajos de originalidad sobresaliente en sus conceptos, temas y técnicas. Son trabajos que nada tienen que ver con la tradición o la moda al uso.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Dubuffet, J., *Escritos sobre arte*, Carta a Gaston Chaissac, martes 24 de junio de 1947, Barcelona, Barral, 1975, p. 91, cit. por Carpintero Zendejas, L.A., *Uso de materiales no tradicionales en el proceso creativo artístico: aplicaciones a la enseñanza*, Tesis de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Bellas Artes, 2004, p. 15.

<sup>35</sup> *Ibíd.*

De esta manera quedó afirmado que el “Art Brut” se desvinculó de toda persona con nociones de arte, pues para construir obras dentro de esta línea, la persona tan solo debía hacer lo que sintiera en ese momento para expresarse, sin tener nociones intelectuales de arte y cultura.



Ilustración 7 : "Paisaje libre" Jean Dubuffet, 1953.

También se ha de indicar que el Art Brut ha contribuido al arteterapia algunas consideraciones como “la locura [es] portadora de creación o la creación como tratamiento de la locura.”<sup>36</sup>

Como decíamos al principio del tema muchos artistas de la talla de Pearl Alcock, Paul Klee, Oskar Kokoschka, Vassily Kandisky, Antoni Tàpies, Henri Rousseau entre otros, fueron atraídos por esta tendencia.

Los temas que se ejecutaron, fueron los paisajes naturales enigmáticos, el universo, el cuerpo, el erotismo, los rostros y máscaras. Cuyas características se basaban en el rechazo de lo bello por lo grotesco e irreflexivo, la negación de la coherencia y organización de las formas, la admiración por la deformidad de los objetos, la libertad cromática, etc.

Dentro de la colección de Dubuffet vamos a destacar algunos autores importantes para analizar en nuestro campo de estudio.

---

<sup>36</sup> Klein, J., *Arteterapia: Una introducción*, Barcelona, Octaedro, 2006, p. 110, cit. por López Martínez, M.D., *La Intervención Arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español*, Tesis de la Universidad de Murcia, Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica, 2009, p. 74.

### 2.2.1. Adolf Wölfli

El agricultor Adolf Wölfli fue ingresado en el hospital psiquiátrico de Waldau cerca de 1904 por haber sido acusado de violación. Durante su estancia en el hospital, fue víctima de alucinaciones y psicosis violentas que más tarde plasmaron en sus dibujos y pinturas. La utilización de



materiales pobres para la elaboración de sus imágenes complejas e intensas y la manifestación del horror en sus obras, despertó el interés del médico Walter Morgenthaler. En 1921 Mor-

genthaler publicó el libro de “Ein Geisteskranker als Künstler” (*un paciente psiquiátrico como artista*) donde apareció la obra de Adolf Wölfli.

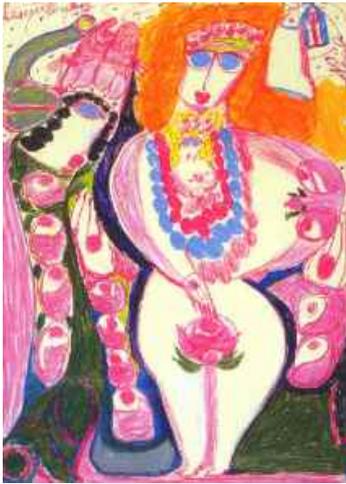
Sus obras fueron iconoclastas del desarrollo del Art Brut, porque Adolf fue una persona que no mostró ningún interés hacia el arte antes de su enfermedad y no tuvo conocimientos de pintura anteriormente.<sup>37</sup>

### 2.2.2. Aloïse Corbaz

Aloïse Corbaz, diagnosticada de esquizofrenia, fue ingresada en el hospital psiquiátrico de Cery-sur-Lausanne en 1920. En aquel momento comenzó su experiencia artística en secreto con la utilización de materiales como la pasta de dientes y los pétalos aplastados para reflejar temas como el teatro, la ópera y sus pasiones amorosas obsesivas. Cuando fue descubierta en 1936 por la estudiante de medicina Jacqueline Forel, la obra de la paciente fue llevada a exposición, quedando Dubuffet fascinado al contemplar las imágenes que la paciente había creado. Fue en 1947 cuando Corbaz pasó a formar parte del Art Brut.

---

<sup>37</sup> cf. Morgenthaler, W., *Ein Geisteskranker als Künstler: Adolf Wölfli*, 1921, reimpresión: Wien: Medusa-Verlag, 1985, p. 35.



La obra artística de Corbaz es completamente erótica, ya que aparecen mujeres con curvas, cabellos sueltos y voluminosos. La aplicación de colores vivos son presentes en su obra artística. Una vez descubierto el talento de la paciente, comenzó a pintar con tizas y ceras.<sup>38</sup>

### 2.2.3. Fleury-Joseph Crepin

El francés Fleury-Joseph Crepin, dueño de un negocio de fontanería, comenzó a pintar 300 cuadros a los 63 años, tras una consciencia espiritual que tuvo. Fue guiado por las fuerzas sobrenaturales y una voz



misteriosa que le condujo a realizar cientos de dibujos arquitectónicos con lápices de colores, óleos y una técnica secreta que nunca quiso revelar.

Crepin se dedicó a pintar porque la voz le dijo que sus pinturas pararían la guerra. Si observan con atención sus pinturas, visualizarán templos construidos con diversos ornamentos y estructuras matemáticas que recuerdan a palacios bizantinos

---

<sup>38</sup> cf. Bowman, R. (et. al.), Visiones paralelas, Artistas modernos y arte marginal, Catálogo de Exposición, Madrid, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, 1993, p. 22.; cf. Díaz Sánchez-Chiquito, D., " Un nuevo concepto de arte", en: *Psicosocial Art*, 2007, [http://www.psicosocialart.es/articulos/concepto\\_arte.htm](http://www.psicosocialart.es/articulos/concepto_arte.htm) (último acceso: 12/09/2011)

romanos. También los animales sobrenaturales están presentes en sus pinturas y tablas. Dubuffet también se sintió atraído por las pinturas y tablas que Crepin realizó hasta su muerte en 1948.<sup>39</sup>

### **3. La dicotomía arte-ciencia y su posible unidad**

Como mencionábamos en capítulos anteriores, las indagaciones elaboradas en el mundo de la psiquiatría han influenciado enormemente al arte. Quizás la distancia entre la disciplina del arte y la psiquiatría es mínima, si se entiende que ambas partes trabajan desde la psique. Probablemente el interés de muchos artistas hacía temas psicológicos haya surgido por alguna de las razones que nombrábamos en el capítulo 2, cuando hacíamos alusión al arte como medio del discurso psíquico.

Se ha hablado en esta investigación de dos autores que coleccionaron obra de personas con disociación mental y se ha explicado brevemente la pretensión con la que trabajaron ambos precursores. Sin embargo, no hemos nombrado todavía que tanto Prinzhorn como Dubuffet nos interesaron por la fascinación que mostraron por personas excluidas de la sociedad.

La preocupación de Prinzhorn por intentar averiguar algunas similitudes entre las imágenes construidas por enfermos de esquizofrenia y la curiosidad de Dubuffet por crear un nuevo movimiento artístico a través de esas nuevas formas y volúmenes creadas por pacientes, nos han servido de apoyo para nuestro trabajo de investigación, puesto que el estudio de análisis de imágenes y formas nos ha llevado a crear nuestro discurso artístico.

Además queremos corroborar que, considerando todo lo expuesto durante nuestro trabajo, se ha visto que la búsqueda de nuevos conceptos artísticos ha coincidido con la expansión del psicoanálisis y el

---

<sup>39</sup> cf. Revista "Raw Vision", vol. 57, 2006, p. 22.

movimiento anti-psiquiátrico. Pues la valoración de las obras de personas no profesionales en el arte junto con el interés y la curiosidad de los psiquiatras y psicólogos por la exploración de lo psíquico y las expresiones artísticas, han servido para vislumbrar algún síntoma para el diagnóstico y se han realizado prácticas terapéuticas con el arte, para paliar el sufrimiento del individuo.

Por ejemplo, en los trastornos maniaco-depresivos (bipolar), se ha corroborado que en la producción artística los pacientes concluyen la obra muy rápidamente y que utilizan variaciones de trazos y escritura cruzada, que la utilización de la mezcla de diversos lenguajes y colores suelen ser llamativos y que la introducción de animales en las imágenes es muy frecuente. No obstante, cuando los pacientes están en la fase de depresión, los trazos se vuelven lentos y débiles y las ideas se proyectan de manera imprecisa.

En cambio, en las personas que sufren trastornos límites de la personalidad, la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad están muy distorsionadas. Estos individuos suelen utilizar un lenguaje simbólico plástico y verbal diferente al resto de las personas. La repetición de ornamentaciones en las obras y la repetición de objetos hasta llegar al borde del espacio del soporte es muy común en estos enfermos.<sup>40</sup>

Por lo tanto, y como afirmábamos antes, las investigaciones producidas entre el arte y la psiquiatría pueden complementarse para seguir avanzando en el misterioso mundo de la psique.

### **3.1. Los mitos y las realidades: la creatividad y los trastornos mentales**

En el subcapítulo 1.2, cuando nos referimos a los síntomas que se presentan en la esquizofrenia, nombramos a María Ron como punto de

---

<sup>40</sup> cf. Pániker, S., *Cuaderno amarillo*, Barcelona, Plaza y Janés, 1ª ed., 2000, pp. 67 ss.

referencia a considerar. En este apartado también vamos a contemplar sus aportaciones, cuando argumenta que:

(...) Una cosa muy curiosa es, que si tu miras en Google y pones artistas con “Manic-Depressive illness” encuentras cientos. Pones artistas con esquizofrenia, dos o tres. La creatividad en la esquizofrenia (...) yo creo que, las personas que hay, artistas famosos que tenían esquizofrenia, lo que han producido de esa creatividad artística suele ser antes de que empiecen a tener la enfermedad. Otro punto que a mí me parece importante, es que en realidad, y esto se ha visto en numerosos estudios, las personas que tienen un coeficiente intelectual más bajo, tienen un riesgo más grande de desarrollar esquizofrenia. Por esa razón yo creo que esta idea de que son personas que tienen una creatividad o una inteligencia superior, no tiene en la realidad una evidencia que se pueda aceptar.<sup>41</sup>

Observen las listas realizadas por María Marneros para el libro de *Wahn Welt Bild, Die Sammlung Prinzhorn*, porque van a poder ver que - como dice María Ron - hay un falso mito en cuanto a que la genialidad y el poder creativo parten de la locura.<sup>42</sup>

#### Wissenschaftler (*científicos*)

Keine ( <i>nada</i> )	Leichte ( <i>poco</i> )	Ausgesprägte ( <i>pronunciado</i> )	Schwere Erkrankung ( <i>enfermedad grave</i> )
Charcot	Bernard	Babbage	Bell
Eddington	Boote	Darwin	Bohr
Heisenberg	Brunel	Hamilton WR	Boltzmann
Henry	Dalton	Helmholtz	Galton
Herschel	Edison	Liebig	Mayer R
Humboldt A	Ehrlich	Lister	Mendel

<sup>41</sup> Ron, M., op. cit.

<sup>42</sup> Todas las tablas siguientes provienen de Marneros, A., “Manisch-depressive Erkrankungen und Kreativität“, en Fuchs, T., Jádi, I., Brand-Claussen, B., Mundt, C. (eds.), *Wahn Welt Bild, Die Sammlung Prinzhorn, Beiträge zur Museumseröffnung*, Heidelberg, Springer, Heidelberger Jahrbücher, 2002, pp. 107-120.

Kelvin	Einstein	Mach	Metchnikoff
Koch	Faraday	Pasteur	Midelson
Marconi	Gauss	Röntgen	
Maxwell	Lyell	Rutherford	
Osler	Pavlov	Schödinger	
Planck		Tyndall	
Virchow			

### **Manisch-depressive Erkrankungen und Kreativität**

*(Enfermedad maniaco depresiva y creatividad)*

Komponisten (*Compositores*)

Keine <i>(nada)</i>	Leichte <i>(poco)</i>	Ausgesprägte <i>(pronunciado)</i>	Schwere Erkrankung <i>(enfermedad grave)</i>
Bartok	Bizet	Chopin	Berg
Brahms	Britten	Grieg	Berlioz
Busoni	Debussy	Mahler	Bruckner
Chabrier	Dvorák	Meldenssohn	Elgar
Hindemith	Fauré	Rimiski-Korsakov	Falla
Jancek	Frank	Rossini	Gounod

Offenbach	Gershwin	Schoenberg	Martinu
Smetana	Léhar	Sibelius	Moussorgsky
Shostakovich	Liszt	Stravinsky	Puccini
	Meyerbeer	Wolf	Rachmaninoff
	Prokofiev		Reger
	Ravel		Satie
	Strauss J		Schumann
	Strauss R		Scriabin
	Sullivan		Tchaikovsky
	Verdi		Wagner

„Bei ca. 30% zeigt sich eine schwere psychopathologische Störung-  
oder: bei nur weniger als 20% konnte *keine* Störung festgestellt  
werden.

Bei den Künstlern kann gesagt werden, dass nur 40% eine schwere  
psychopathologische Störung haben – oder: es sind etwa nur 10%,  
die keine haben.“<sup>43</sup>

*(„En un 30% se manifiesta una irregularidad psicopatológica grave-  
o dicho de otra manera: en menos de 20% no se ha podido ver  
ninguna irregularidad.*

*En cuanto a los artistas se puede decir, que sólo un 40% tiene una  
irregularidad psicopatológica grave – o dicho de otra manera: sólo  
hay un 10% que no tiene ninguna.”)*

---

<sup>43</sup> Marneros, A., op. cit., p. 111.

Künstler (*artistas*)

Keine ( <i>nada</i> )	Leichte ( <i>poco</i> )	Ausgesprägte ( <i>pronunciado</i> )	Schwere Erkrankung ( <i>enfermedad grave</i> )
Braque	Cornelius	Böcklin	Cézanne
Corot	Degas	Corinth	Courbet
Daumier	Delacroix	Giacometti	Ensor
Derain	Hodler	Ingres	Epstein
Liebermann	Kaulbach	Matisse	Friedrich
Pissarro	Klee	Monet	Gauguin
Sargent	Manet	Rodin	John
	Menzel	Whistler	Kandinsky
	Mondrian		Kokoschka
	Renoir		Modigliani
	Rousseau		Munch
	'Le Dovanier'		Picasso
	Schiele		Rivera
	Seurat		Rossetti
	Spitzweg		Sickert
			Turner

			Utrillo
			Van Gogh

Contrariamente a la esquizofrenia, el trastorno maniaco depresivo (bipolar) despierta en la persona la creatividad por el alto grado de energía y rapidez en el que los procesos mentales se desarrollan. Como ven, tal como nos explicaba Ron, la mayoría de los grandes científicos, compositores y artistas padecieron trastornos maniaco depresivos, sin embargo, la lista de personas que padecieron o padecen esquizofrenia es realmente corta. Cabe señalar también en este apartado, que en la esquizofrenia, al producirse un trastorno de pensamiento, la capacidad de atención y capacidad de trabajo disminuyen, por lo tanto, es muy difícil que una persona con los síntomas de la esquizofrenia pueda llegar a abordar un trabajo intelectual alto.

Es sabido que las personas creativas y las personas que padecen esquizofrenia comparten aspectos cognitivos muy parecidos. Ambos utilizan las palabras y el lenguaje de una manera particular, los dos tienen una visión del mundo un poco común y el uno y el otro utilizan procesos mentales en el que la soledad se hace presente. Pero lo que los diferencia de uno a otro, es que las personas creativas controlan sus inusuales procesos mentales y pueden utilizarlos como material de un producto creativo. Al contrario que los individuos que padecen esquizofrenia, pues sus procesos mentales son lentos y desequilibrados y no tienen la capacidad suficiente para elegir.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Fuller, E., op. cit., pp. 410-416.

### 3.2. Los intelectuales: estudio de la posible aparición de brotes esquizofrénicos en algunos intelectuales

Sin embargo, cabe destacar que intelectuales como el premio Nobel de economía John Nash, el escritor y actor Antonin Artaud, el pintor Ralph Blakelock, el compositor Ivor Gurney y el bailarín ruso Vaslav Nijinsky, padecieron esquizofrenia tras mostrar gran curiosidad y tras realizar un trabajo excesivo en busca de respuestas a algo desconocido hasta entonces para la sociedad.

Como describe la escritora Sylvia Nasar en el documental “los abismos del inconsciente”

(...) John Nash pasó la mayor parte del tiempo en una especie de esfera abstracta, tiene una percepción casi geométrica y algo que parece corroborar esto, es que muchos opinan que tiene la solución ante sus ojos mucho antes de que él pudiera demostrarlo a través de cálculos, a menudo varios y difíciles.<sup>45</sup>

*John Nash* sintió interés por las matemáticas cuando era niño. Desde adolescente resuelve el teorema más complicado de matemáticas e ingresa en la Universidad de Princeton. Allí quiso descubrir trescientos años de matemáticas. En los años 50 fue considerado como el mejor matemático de los tiempos. Pero en 1959 sufre su primer ataque de nervios grave que se desarrollará en esquizofrenia paranoide a la edad de treinta y un años. Sigue Nasar con sus descripciones de la vida de Nash:

(...) Antes de enfermar era un pensador muy eficiente, era muy extraño pero muy creativo. No era muy convencional pero sabía como conseguir lo que quería y creó algo de mucha importancia para la comunidad matemática mundial. La diferencia es que en pocos meses comienza a trabajar en una numerología, veía unos ejemplos que para otros no tenían sentido. Ya no podía organizar su propio trabajo, en otras palabras, perdió su eficacia.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Nasar, S., en “Los abismos del inconsciente”, *La noche temática*, RTVE 2, 2003, <http://www.verdocumentalesonline.com/filosofia/esquizofrenia-los-abismos-del-inconsciente/> (último acceso 12/09/2011)

<sup>46</sup> Nasar, S., op. cit.

Durante más de veinte años vivió en hospitales y con miembros de su familia. John Nash ha sido descrito en el libro de “Auf den fremdem Meeren des Denkens” (*En los desconocidos mares del pensamiento*) de Sylvia Nasar y llevado al cine con el título de “*Una mente maravillosa*”. Nash superó la esquizofrenia a los cincuenta años y obtuvo el premio Nobel de Economía en 1994.<sup>47</sup>

*Antonin Artaud* fue una figura emblemática muy importante para el movimiento surrealista entre 1924 y 1927. Durante aquellos años, Artaud presentó síntomas de esquizofrenia paranoide, pero no se le encerró hasta 1937. Artaud pasó el resto de su vida encerrado en los hospitales de diferentes lugares de Francia. La película “*My Life and Times with Antonin Artaud*” refleja los últimos años del escritor:

(...) esta enfermedad tiene que ver con el escándalo del terrible complot del que soy víctima y que ustedes conocen dentro de lo más íntimo de sus almas y de sus conciencias; pues ustedes lo han padecido tremendamente. Han visto las hordas de demonios que me afligen noche y día, los han visto con tanta claridad como me ven a mí. Han visto las manipulaciones asquerosamente eróticas a que someten mi persona.<sup>48</sup>

Este fragmento pertenece a las cartas que desde Rodez , Artaud escribió a su amigo en 1943.

*Ralph Blakelock*, nacido en 1847 en Nueva York, comenzó su carrera como médico en la “Free Academy of City of New York”, pero pronto dejó los estudios para dedicarse como autodidacta a la pintura. La obra de Blakelock se vendió durante algunos años a precios altos y fue considerado el mejor artista de Estados Unidos.

---

<sup>47</sup> Fuller, E., op. cit., pp. 414 ss.

<sup>48</sup> *Ibíd.*, p. 412.

Su obra de paisajes nocturnos y pueblos indígenas comenzó a venderse por precios muy bajos y la carencia de economía en la familia se empezó a notar notablemente. A causa de la situación económica, la enfermedad de esquizofrenia paranoide también se hizo presente en este pintor y fue hospitalizado en el hospital psiquiátrico de Middletown, donde se quedó más de una década.<sup>49</sup>



Ilustración 8. : "Claro de luna" Ralph Blacklock. Materiales: óleo sobre lienzo, 1890

*Ivor Gurney*, compositor y poeta inglés, sufrió a los veintisiete años su primer trastorno psicótico en el que dice que Beethoven le visitaba. La enfermedad fue avanzando y fue ingresado por esquizofrenia paranoide en el hospital psiquiátrico del "London Mental Hospital de Kent". Allí se dedicó exclusivamente a escribir hasta su muerte a los cuarenta y siete años:

Por qué permites una vida tan intolerante, y me encierras entre cuatro paredes donde no puedo escaparme de las comidas sin oraciones, pues sólo es posible hacerlo molestando al cuidador. Y esta noche un infierno sensual me ha invadido, y todo lo demás me ha abandonado y mi corazón se limita a llorar y a templar por la muerte, y no puedo alcanzarla. Y estar fuera es parte de la cordura. Y hay un espantoso infierno dentro de mí.<sup>50</sup>

*Vaslav Nijinsky*, considerado como el mejor bailarín de todos los tiempos por sus técnicas de baile, a los veintinueve años es diagnosticado de

---

<sup>49</sup> Vincent, G., *The Unknown Night: The Genius and Madness of R.A. Blacklock, An American Painter*, Nueva York, Grove press, 2003, cit. por Fuller, E., op. cit., p. 413.

<sup>50</sup> Wahl, O.F., "Mental Health Consumers' Experience of Stigma", en: *Schizophrenia Bulletin*, vol. 25 (3), 1999, p. 478, cit. por Fuller, E., op. cit., p. 414.

esquizofrenia catatónica en la que presentaba síntomas como los delirios que le causaban la somatización de enfermar de logorrea. Nijinsky fue tratado por el psiquiatra Bleuler y se le mantuvo internado en el centro psiquiátrico para el resto de su vida. Vaslav Nijinsky escribió en su diario las memorias de un enfermo desolado por su aflicción: “Amo la vida y quiero vivir, llorar pero no puedo – tengo un dolor horrible en el alma – un dolor que me asusta. Mi alma está enferma. Mi alma, no mi mente. Los médicos no entienden mi enfermedad”<sup>51</sup>

Ahora bien, teniendo en cuenta los testimonios históricos de pacientes con esquizofrenia, observamos que la esquizofrenia corresponde a una sintomatología llena de complejidades inexplicables para la ciencia y por el propio paciente. Pero si mezclamos ambas disciplinas se pueden encontrar otras vías para ir complementando el desconocido mundo de la psique.

Si nos mantenemos en la postura de que el lenguaje visual es una vía de comunicación importante para el ser humano, como apuntábamos en el capítulo 2., podemos afirmar que en la comunicación entre el artista y el observador pueden encontrarse mediante el lenguaje de las imágenes. Con esto queremos decir, que quizás quepa la posibilidad de que nuestra investigación sobre la esquizofrenia pueda servir como complemento para entender de una manera más fácil el problema que tantas veces hemos mencionado en este trabajo. Quizás el observador, al verse inundado por imágenes, reflexione acerca del significado de las obras y lo que se oculta detrás de ellas. Conviene introducir las palabras de Lidia Polo Downat en este contexto:

La creación artística nos permite llegar a los sentimientos más secretos e inenarrables; jugar con los límites, sobrepasarlos por medio de la fantasía creativa, dialogar con lo real y lo ficticio, hacer un viaje de retorno a los orígenes y volver para contarlos.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Wahl, O.F., op. cit., p. 467, cit. por Fuller, E., op. cit., p. 415.

<sup>52</sup> Polo Downat, L., “Tres aproximaciones al Arte Terapia”, en: *Revista Arte, individuo y sociedad*, 2000, vol.12, p. 312.

### **3.3. La creación artística: la creatividad artística y la libertad, como recurso para la recuperación o la mejora de la identidad personal del paciente esquizofrénico**

Los esquizofrénicos son inundados por imágenes interiores, por asociaciones de crecimiento excesivo y por impresiones exteriores intensas de las cuales nuestro lenguaje cotidiano no ofrece las palabras adecuadas para describirlas. En esta situación la imagen ofrece un mundo apartado, donde pueden dar forma no verbal a sus experiencias que les acosan y que no tienen nombre. Es precisamente esa situación extraña de la imagen entre el ser y no ser, que convierte la imagen a un espacio para lo que no tiene palabras, lo irreal, lo horrible; a un espejo, en el cual el enfermo, con sus experiencias y su sufrimiento, se puede reconocer.

Los esquizofrénicos, por otra parte, no son suficientemente capaces de influir de manera activa a su entorno y de actuar en esa realidad social común. Su libertad de actuar está -más o menos- disminuida gravemente. Ahora bien, como citamos anteriormente, el pintar y el dibujar significa la libertad de disponer del propio cuerpo y del material; significa la capacidad de convertir el concepto interior en la realización visible. El espacio de la imagen es más fácil tratarla que la realidad externa, a la que el enfermo diariamente se siente amenazado. Esa experiencia de auto eficacia, es aún más importante en la psicosis, porque el engranar de la percepción y la actuación se encuentra distorsionado.

Vemos que la creación artística simboliza el uso de la libertad imaginativa y motriz y consta un contrapeso al derrocamiento esquizofrénico. El paciente puede experimentar y verse como un sujeto activo, que decide y actúa en un espacio simbólico y protegido. De tal manera, la pintura le sirve como espejo, en el cual se reconoce a sí mismo o a su mundo propio, a pesar de su desfiguración. A través de él es capaz de expresar lo que no tiene palabras y sólo puede ser expresado por la creación. Así, la imagen pasa a ser automáticamente –

aunque sea en forma enigmática - para los demás. Porque el mundo preverbal de la creación, de los colores y de las formas, es una cosa que tenemos todos en común, a pesar de no hablar la misma lengua. Por ejemplo, con el cuadro de Lachman nos hacemos una idea de cómo tiene que ser cuando uno oye voces. La imagen crea un puente al mundo de los enfermos, aunque sea compleja para ser entendida – como en muchas obras de la Colección Prinzhorn; y hasta que la desciframos como tal y la entendemos, queda camino.<sup>53</sup>

### **3.3.1 Artistas actuales con esquizofrenia**

En este capítulo vamos a hablar de artistas famosos que han sido diagnosticados de esquizofrenia y de los cuales hemos tenido referencias a la hora de elaborar nuestro trabajo.

*David Nebreda*, diagnosticado de esquizofrenia paranoide con 19 años, ha sido hospitalizado diversas veces durante estos años por graves crisis psicóticas. Nebreda, licenciado en Bellas Artes, ha permanecido aislado encerrado en su piso de Madrid para alejarse de la sociedad. Allí se especializó como autodidacta en fotografía, que es la técnica que emplea para presentar su obra. La utilización de la técnica, el control de la luz y los claroscuros que aparecen en sus fotografías, fueron valoradas por el galerista Renos Xippas, quien le dedicó una exposición en París. Fue allí donde las imágenes de Nebreda fueron divulgadas por el filósofo francés Léo Scheer tras haber descubierto su trabajo.

Las obras de Nebreda muestran escenografías, en donde su propio cuerpo autolesionado y humillado es fotografiado por el mismo.

---

<sup>53</sup> cf. Fuchs, T., “Homo pictor”, en: Fuchs, T., Jádi, I., Brand-Claussen, B., Mundt, C. (eds.), *Wahn Welt Bild, Die Sammlung Prinzhorn, Beiträge zur Museumseröffnung*, Heidelberg, Springer, Heidelberger Jahrbücher, 2002: pp. 94 ss.

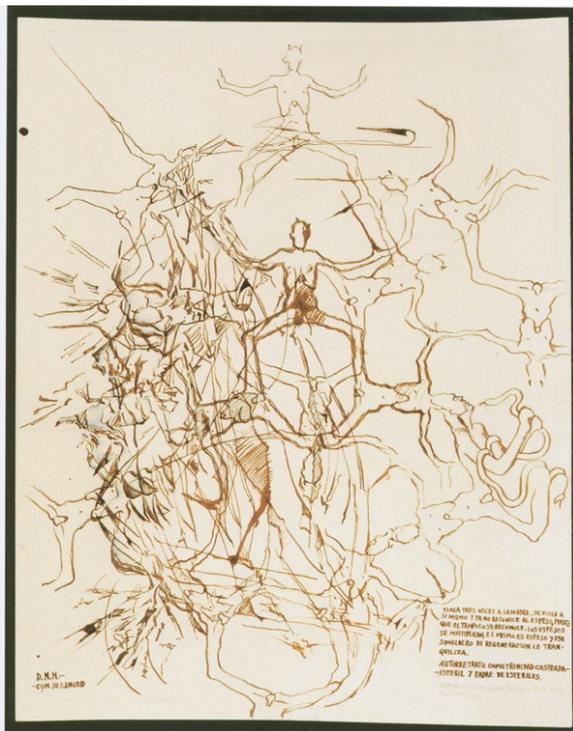


Ilustración 9 : "Autoretrato como trinidad castrada-estéril y padre de estériles" Papel y ceras grasas. David Nebreda."

Escritura del dibujo:

Viola tres veces a la madre, se viola a sí mismo y ya no reconoce al espejo, poeta que el tampoco se reconoce. Los espejos se multiplican, el mismo es espejo y ese simultáneo de regeneración la tranquiliza.

Ilustración 10 : "Escalera al cielo" Cuchillas, David Nebreda."Escalera al cielo".<sup>54</sup>



<sup>54</sup> Cf. Mora, M., "J. A. Ramírez traza un mapa del cuerpo en el arte contemporáneo", en: *El País*, 25/06/2003, [http://www.elpais.com/articulo/cultura/J/Ramirez/traza/mapa/cuerpo/arte/contemporaneo/elpepicul/20030625elpepicul\\_4/Tes](http://www.elpais.com/articulo/cultura/J/Ramirez/traza/mapa/cuerpo/arte/contemporaneo/elpepicul/20030625elpepicul_4/Tes) (último acceso: 12/09/2011)

*Yayoi Kusama* es una artista japonesa cuya infancia fue bastante complicada. A muy temprana edad, comenzó a aislarse en sus fantasías y a imaginar universos paralelos, coincidiendo con sus primeras alucinaciones y pensamientos destructivos que provocaron la ruptura irreconciliable con su madre. Incómoda en su país natal, a los 29 años marchó hacia Manhattan para desarrollar su obra artística, pero fue allí donde la artista comenzó a formar parte de la cultura pop. Ella experimentó con ácidos que le dejaron secuelas importantes a lo largo de su vida. Yayoi Kusama sufrió brotes de esquizofrenia e intentó suicidarse varias veces sin llegar a conseguirlo. Es por ello, que en 1973 ingresó por voluntad propia en el centro psiquiátrico de Tokio.

La artista japonesa se dedica a la instalación de objetos obsesivamente repetidos, en la que los colores y los puntos suelen aparecer con frecuencia en todas sus obras.<sup>55</sup>



Hemos hablado de dos de los artistas que siendo diagnosticados con esquizofrenia han y están realizando su trabajo como artistas, a pesar de los inconvenientes que nombrábamos en los capítulos anteriores.

---

<sup>55</sup> Applin, J., (et. al.), Yayoi Kusama, Madrid: TF. Editores, 2011, pp. 45 ss.; "Yayoi Kusama", en: [http://www.youtube.com/watch?v=Wq0LXh3sais&feature=player\\_embedded](http://www.youtube.com/watch?v=Wq0LXh3sais&feature=player_embedded), (último acceso: 12/09/2011)

#### **4. Proyecto: el lenguaje somático del cuerpo esquizofrénico. Una investigación desde el ámbito artístico**

“¿No te he dicho que lo que interpretas como locura no es más que un estado de agudeza extrema de los sentidos?”

Edgar Allan Poe, 1843

En este apartado queremos explicar cómo se ha ido desarrollando nuestro trabajo práctico de investigación. Teniendo como referentes a los pacientes con esquizofrenia de las colecciones de Prinzhorn y Dubuffet, hemos adquirido una idea clara de cómo se expresa el enfermo, cuáles son las formas gráficas por las que se interesan y cómo a raíz de la repetición o utilización del grafismo podemos descifrar el estado anímico del paciente.

También, el análisis de la obra de los dos artistas actuales que padecen la misma dolencia, nos ha aportado información necesaria para la creación de nuestro tema. Por ejemplo, David Nebreda utiliza su cuerpo como obra artística, sus autolesiones las realiza, porque en ese momento de crisis paranoica tiene la necesidad de marcar en su cuerpo lo que está sintiendo. Esto, de alguna forma, quizás se asemeje a lo que Nebreda proyecta en cuanto a esa búsqueda del dolor interno que se produce en el cuerpo de la persona con esquizofrenia para hacerlo presente al espectador. Sin embargo, a diferencia de Nebreda, nuestro proyecto vislumbra cómo las sensaciones producidas en el cuerpo interno del esquizofrénico van adquiriendo diferentes formas según el estado de dolencia padecido por la persona en determinados momentos de su vida.

Otro aspecto que se ha de considerar como influencia en nuestras piezas se encuentra en la obra de Yayoi Kusawa: a causa de sus alucinaciones y la obsesividad por los lunares y los colores de la artista japonesa, nos hemos dado cuenta de que algunos de los pacientes que padecen delirios o alucinaciones visuales, también sienten gran curiosidad por las formas y colores de los objetos que les rodean. Sin

embargo, el proyecto práctico que estamos ejecutando no se basa enteramente en cómo la persona percibe la realidad tangible, sino en cómo un conjunto de sensaciones cenestésicas, al bifurcarse por todo el cuerpo, va produciendo diversas sensaciones dolorosas indeseadas en el cuerpo de la persona, alterando de esta manera el estado emocional y el sistema motor del paciente. Junto con el testimonio sobre lo que sienten interiormente y la visión particular que tienen de las cosas externas, se han ido creando piezas en las que el sufrimiento sensitivo se materializa en volúmenes.

Para adentrarnos en el tema, hemos de explicar que las alteraciones en las sensaciones de un enfermo con esquizofrenia normalmente suelen ser los estados iniciales de la enfermedad y que la dolencia suele agudizar los sentidos de la persona e incita a que el individuo presente alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, etc.

Tras haber realizado varias encuestas a pacientes, vimos que los tipos de esquizofrenia que se les había diagnosticado pertenecían a los grupos de la desorganizada y la paranoide. Considerando este aspecto recurrimos al libro de Fuller, donde encontramos algunas descripciones de pacientes que tenían alterada la percepción sensorial.

Vamos a poner algunos ejemplos de esos pacientes que describen su experiencia alucinatoria externa. Paciente con esquizofrenia indiferenciada:

(...) Los colores me parecen más brillantes ahora, casi como si fueran de pintura luminiscente. No estoy seguro de si las cosas son sólidas hasta que las toco. Me parece estar notando los colores más que antes, aunque no estoy muy dotado para el arte. Los colores de las cosas parecen mucho más claros, pero a la vez, parece que algo les falta. Las cosas que miro parecen estar más planas, como si miraras a una superficie plana. Tal vez sea debido a que descubro mucho más cosas, que me quedo mirándolas durante más tiempo. No sólo me fascina el color de las cosas sino también toda clase de pequeños detalles como las marcas que presentan en su superficie. Todo me llama la atención.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> McGhie, A., Chapman, J., "Disorders of Attention and Perception in early Schizophrenia, en: *British Journal of Medical Psychology*, vol. 34, 1961, p. 115, cit por Fuller, E., op. cit., p. 31.

Otro paciente con esquizofrenia indiferenciada:

Lo vi todo muy brillante, rico y puro, con la línea más sutil posible. O bien como una superficie brillante y suave, como de agua pero sólida. Después de un rato, las cosas volvieron a ser turbulentas.<sup>57</sup>

Paciente con esquizofrenia paranoide:

Parece que toda clase de pensamientos acuden a mí, como si alguien me los estuviera contando en el interior de mi cabeza. Cuando estoy con otra gente, parece que empeora, no quiero que esos pensamientos acudan a mí, pero sigo oyéndolos y a veces necesito una gran fuerza de voluntad para dejar de pensar las cosas más absurdas y embarazosas.<sup>58</sup>

Un esquizofrénico de tipo indiferenciado habla de “una incesante irritación sexual de los genitales para la que no hay alivio.”<sup>59</sup>

Llegados a este capítulo, tras haber adquirido los conocimientos suficientes de lo que hasta ahora se conoce sobre algunos testimonios de pacientes en el terreno de lo científico de la psiquiatría y la psicología, vamos a mostrar que a través de la práctica artística, los síntomas del subtipo de la esquizofrenia cenestésica, pueden materializarse en esculturas.

Lo primero que hicimos para llegar a materializar las sensaciones de aflicción que la persona con esquizofrenia experimenta, fue acercarnos a las personas que sufren la enfermedad y entrevistarlas. A través de las preguntas como: ¿Sientes algo diferente en tu cuerpo?, ¿algún cambio físico?, ¿en alguna parte concreta del cuerpo? y ¿qué esquizofrenia te han diagnosticado? pudimos recoger la información necesaria para complementar nuestro trabajo de investigación que se basó en

---

<sup>57</sup> Burns, G., *An Account of My Madness*, mimeo, 1983, p. 22, cit. por Fuller, E., op. cit., p. 32

<sup>58</sup> Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M. (eds.), *Clinical Psychiatry*, Baltimore, Williams and Wilkins, 3ª ed., 1969, p. 268 cit. por Fuller, E., op. cit., p. 36.

<sup>59</sup> McDonald, N., “Living with Schizophrenia”, en: *Canadian Medical Association Journal*, vol. 82, 1960, p. 220, cit. por Fuller, E., op. cit., p. 34.

confirmar que los datos obtenidos por el paciente se corroboraban con el diagnóstico y los síntomas cenestésicos explicados en algunos trabajos de psiquiatría. Todos los datos descritos por los pacientes pueden ser consultados en el anexo, página 68

A continuación, vamos a proceder a mostrar una ficha técnica con cada una de las obras elaboradas según la descripción que el paciente nos ha otorgado. Queremos volver a repetir que las citas que seleccionamos anteriormente, fueron elegidas después de haber realizado los cuestionarios que presentamos en el anexo. Junto con los cuestionarios y las citas seleccionadas, hicimos un compendio sobre las personas que padecen esquizofrenia desorganizada y paranoide (que son el tipo de esquizofrenia más comunes) junto con sus cenestesias, para crear nuestras piezas artísticas.

### 3.4.1. Fichas

**Título:** Sobrecarga

**Autor:** SH TO RI (Sheila Toledo Ribes)

**Año:** 2007

**Materiales:** Arena, chapa de hierro negro, madera, metacrilato y plástico

**Medidas:** 100 x 150 x 60 cm

**Descripción:** la escultura con título “Sobrecarga” se creó a partir del cuestionario número 1, cuyo paciente con esquizofrenia de tipo desorganizado nos revela que alguna vez ha sentido dolores como pinchazos en las piernas y las caderas.



Las palabras del paciente junto con la comparación de la cita 3 de Fuller en el capítulo 3.4 de nuestro proyecto, realizamos la obra “sobrecarga”.

**Título:** Adrenalina contenida

**Autor:** SH TO RI (Sheila Toledo Ribes)

**Año:** 2010

**Materiales:** Vidrio soplado

**Medidas:** 26 x 17 x 17 cm

**Descripción:** las cinco piezas con el título de “Adrenalina contenida”, surgieron del cuestionario número 2.

Con esquizofrenia indiferenciada, el paciente nos comenta que sus dolores se presentan normalmente en el estómago. Comenta también que cuando pasa esto, tiende a paralizarse y a sentir una especie de tensión que se acumula dentro de su abdomen. Tal y como describe esto, cuando se encuentra en un estado normal, nos comenta que le gusta mucho fijarse en el tacto de los objetos.



Con estos argumentos y conociendo el tipo de esquizofrenia que padece esta persona, asociamos lo explicado con las dos primeras citas de Fuller que en el capítulo 3.4 nombramos en nuestro trabajo.

**Título:** Al otro lado del cristal

**Autor:** SH TO RI (Sheila Toledo Ribes)

**Año:** 2010

**Materiales:** Vidrio soplado y fundido

**Medidas:** 33 x 33 x 33

**Descripción:** la pieza llamada “Al otro lado del cristal”, se creó a raíz de la lectura que hicimos del cuestionario número 3.

Con esquizofrenia catatónica, el paciente nos argumenta que no tiene ganas de hacer nada, que está vacío y que la gente está alejada.



Los argumentos de este paciente no fueron muy precisos, pero considerando los estudios realizados sobre tipos y síntomas cenestésicos pudimos crear esta pieza.



**Título:** Pérdida

**Autor:** SH TO RI (Sheila Toledo Ribes)

**Año:** 2011

**Materiales:** Vidrio fundido, mármol y madera

**Medidas:** 100 x 15 x 17 cm

**Descripción:** la pieza con el nombre “Pérdida”, realizada a través de lo descrito por el paciente del cuestionario número 4.

Con el tipo de esquizofrenia paranoide, nos explicaba que son como dos cuerpos en una sola persona. Normalmente siente un cuerpo y en ese cuerpo se experimenta el dolor.



En esta obra también se tuvo que recurrir a los libros de psiquiatría para afirmar lo que el paciente nos contaba.

**Título:** Dos lugares distintos

**Autor:** SH TO RI (Sheila Toledo Ribes)

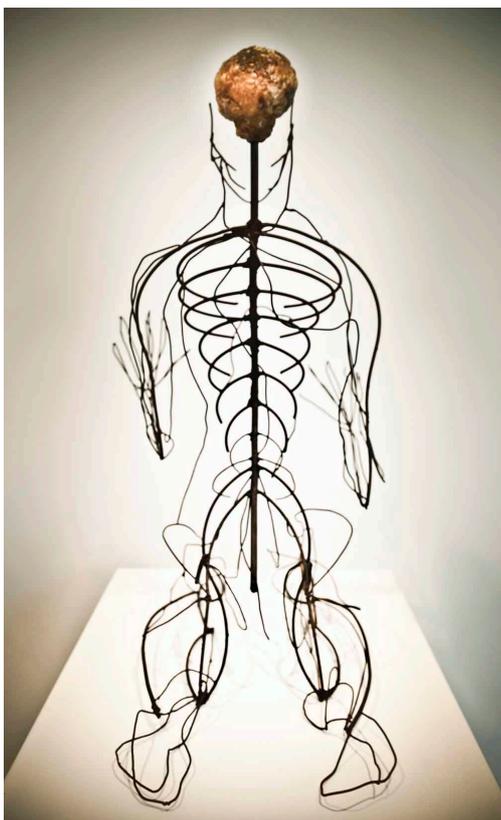
**Año:** 2011

**Materiales:** Varilla de hierro y resina

**Medidas:** 96 x 65 x 70 cm

**Descripción:** la pieza escultórica titulada dos lugares distintos, procede del cuestionario número 1.

El paciente con esquizofrenia paranoide nos describió que en algunos momentos en la noche siente un fuerte cosquilleo, como si se tratase de electricidad y que eso le genera una tensión muy desagradable.



De esta pieza no encontramos cita de pacientes en el libro de Fuller, pero corrobóramos la experiencia del testimonio con el tipo, los síntomas y las cenestesias expuestas en el proyecto de investigación.

**Título:** Lateralidad

**Autor:** SH TO RI (Sheila Toledo Ribes)

**Año:** 2011

**Materiales:** Bronce, madera, césped y lija

**Medidas:** 110 x 15 x 33 cm

**Descripción:** esta pieza, cuyo nombre es “Lateralidad”, proviene del cuestionario número 6.

Entrevistando a este paciente con esquizofrenia desorganizada, hablaba de que muchas veces tenía dolores de cabeza.

Estas explicaciones fueron avalladas por la cita que mencionamos en el apartado 3.4 de nuestro proyecto, cita número 3.



**Título:** Desde el estómago

**Autor:** SH TO RI (Sheila Toledo Ribes)

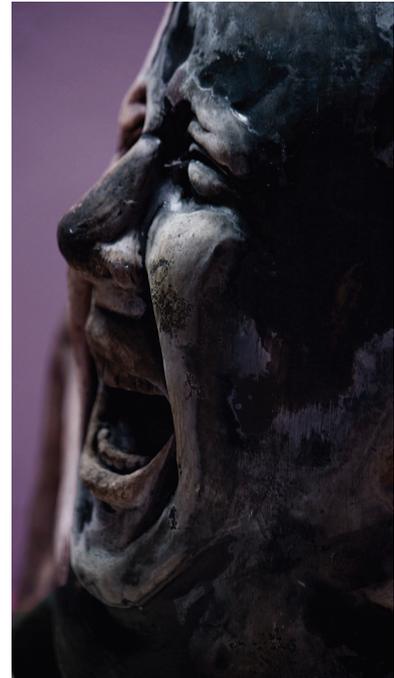
**Año:** 2011

**Materiales:** Terracota y resina

**Medidas:** 110 x 15 x 33 cm

**Descripción:** la pieza titulada “Desde el estómago”, surge del cuestionario número 7.

Entrevistado el paciente con esquizofrenia desorganizada, hablaba de los dolores del estómago muy fuertes y que los alimentos no los digiere bien, habla de un tumor.



Los datos que nos otorga este paciente también son revisados por los síntomas cenestésicos y la tipología que hemos estudiado.

## Conclusiones

Tal como mencionábamos en los objetivos, fuimos desarrollando el concepto de esquizofrenia dentro de su contexto histórico, nombrando las causas, los síntomas, los tipos y subtipos siempre dentro del panorama cultural, social y psicológico actual.

Nuestro trabajo de investigación contiene numerosas investigaciones procedentes de Alemania, por ello mucha de la documentación que aparece en los textos estaba en alemán y ha tenido que ser traducida por nosotros.

Gran parte de la información recopilada sobre la psiquiatría, psicología y arteterapia nos la han facilitado psiquiatras, psicólogos y arteterapeutas españoles y alemanes, expertos en el tema. Ahora bien, a pesar de habernos basado en toda esta información procedente de profesionales especializados, no ha sido un tema fácil de abordar, tanto por su complejidad de lectura como su difícil acceso a la bibliografía. Ya se ha mencionado que debido a la falta de una bibliografía amplia en español, se ha tenido que recurrir a otras fuentes en otros idiomas. A pesar de ello, hemos trabajado para manifestar que el arte puede ser un buen medio discursivo para vislumbrar las alteraciones sensoriales que se producen en el cuerpo esquizofrénico y servir de complemento para el avance del entendimiento de este conjunto de síntomas tan complejos para la sociedad actual.

En nuestra metodología desarrollamos un cuestionario personalizado con las siguientes preguntas: ¿Sientes algo diferente en tu cuerpo?, ¿algún cambio físico?, ¿en alguna parte concreta del cuerpo? y ¿qué esquizofrenia te han diagnosticado?. Cuya finalidad era aproximarse al paciente con esquizofrenia, conseguir que contactase con nosotros y nos redactase algo íntimo, vital, su testimonio y experiencias. Hemos de indicar que muchos de ellos se sintieron atraídos por el tema cuando mostramos sincero interés (empatía) hacia su bienestar. Puesto que son personas que se sienten solas, aisladas socialmente por su

problemática y con serias dificultades de comunicación y aceptación por parte de la sociedad.

Todos los cuestionarios han sido tratados con gran meticulosidad; han sido única y exclusivamente contestados por pacientes con esquizofrenia y posteriormente han sido examinados concienzudamente, corroborados y clasificados según los tipos y subtipos de síntomas corporales internos causados por el aparato psíquico del paciente esquizofrénico, tal como hemos presentado a lo largo de este proyecto.

Posteriormente teniendo en consideración el testimonio de los pacientes y el trabajo teórico desarrollado, procedimos a construir la obra escultórica.

En resumidas cuentas, a lo largo de esta investigación hemos demostrado que:

- Hemos investigado y analizado la esquizofrenia en el contexto cultural, social y psicológico actual. Compilando una copiosa cantidad de información aportada por personal especializado: psiquiatras y psicólogos.
- Hemos puesto de manifiesto que el discurso artístico puede ser un buen medio para mostrar la percepción interna del cuerpo esquizofrénico.
- Hemos desarrollado cuestionarios para detectar la sintomatología y tipología específica (síntomas cenestésicos) de los pacientes esquizofrénicos que nos serviría como base para realizar el posterior proceso artístico, mediante la escultura.

Con este trabajo de investigación hemos contribuido a complementar los estudios realizados por la psiquiatría y la psicología para llegar a nuestro objetivo de investigación:

vislumbrar las alteraciones sensoriales que padece la persona con esquizofrenia a través del arte; canalizándose como un instrumento

complementario a otras disciplinas científicas para facilitar la comprensión de la sintomatología del paciente esquizofrénico, así como para facilitar su posible diagnosticación y acercamiento por parte de la sociedad actual a esta temática.

## RECOPIACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Andreasen, N.C, Cooper, A., Gorman, J., “Comunicaciones Breves”, en: *American Journal of Psychiatry*, Vol 1 (2), 1999: 9-15.

Applin, J., (et. al.), *Yayoi Kusama*, Madrid: TF. Editores, 2011.

Bercherie, P., *Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico*. Buenos Aires, Editorial Manantial, 1986.

Berrios, G., Quemada, I., “Aspectos históricos y conceptuales de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia”, en: Aldaz, J.A., Vázquez, C. (comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, Madrid, XXI, 1996, pp. 121-134.

Bleuler, E., *Dementia praecox or the group of schizophrenias*, 1911, traducido por Zinkin, J., Nueva York, International Universities Press, 1950.

Bowman, R. (et. al.), *Visiones paralelas, Artistas modernos y arte marginal*, Catálogo de Exposición, Madrid, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, 1993.

Boyers, R., Orril, R., *Laing y la antipsiquiatría*, Madrid, Editorial Alianza, 1978.

Burns, G., *An Account of My Madness*, mimeo, 1983.

Cabaleiro Goas, M., *Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas*, Madrid, Paz Montalvo, 1961.

Cannon, T.D., Marco, E., “Structural brain abnormalities as indicators of vulnerability to schizophrenia”, en: *Schizophrenia Bulletin*, vol. 20 (1), 1994, pp. 89-102.

Carpintero Zendejas, L.A., *Uso de materiales no tradicionales en el proceso creativo artístico: aplicaciones a la enseñanza*, Tesis de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Bellas Artes, 2004.

- Coll Espinosa, F.J., "Proceso creativo y simbolización en la clínica del arteterapia", en: Coll Espinosa, F.J. (coord.), *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*, Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones, 2006, pp. 151-176.
- Díaz Sánchez-Chiquito, D., " Un nuevo concepto de arte", en: *Psicosocial Art*, 2007, [http://www.psicosocialart.es/articulos/concepto\\_arte.htm](http://www.psicosocialart.es/articulos/concepto_arte.htm) (último acceso: 12/09/2011)
- Didier, A., *El yo-piel*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1998.
- Dubuffet, J., *Escritos sobre arte*, Carta a Gaston Chaissac, martes 24 de junio de 1947, Barcelona, Barral, 1975.
- First, M.B., *DMS-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Editorial Masson, 2009.
- Freud, Sigmund, "El Yo y el Ello", en: *Obras completas*, Sección IV, Las Dos Clases de Instintos, Tomo 6. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1923.
- Fuchs, T., Jádi, I., Brand-Claussen, B., Mundt, C. (eds.), *Wahn Welt Bild, Die Sammlung Prinzhorn, Beiträge zur Museumseröffnung*, Heidelberg, Springer, Heidelberger Jahrbücher, 2002.
- Fuchs, T., "Homo pictor", en: Fuchs, T., Jádi, I., Brand-Claussen, B., Mundt, C. (eds.), *Wahn Welt Bild, Die Sammlung Prinzhorn, Beiträge zur Museumseröffnung*, Heidelberg, Springer, Heidelberger Jahrbücher, 2002: pp. 91-106.
- Fuller, E., *Superar la esquizofrenia*, Barcelona, Editorial Planeta, 2006.
- García-Merita, M.L., *Tratando...esquizofrenia: ese desconocido mal*, Madrid, Ediciones Pirámide, 2005.
- Huber, G., Gross, G., „Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Therapie schizophrener Erkrankungen“, en: *Nervenarzt*, 1983, vol. 54, pp. 23-32.
- Jádi, I., „Blickweisen – Sehwinkel – Horizonte“, en: *Wahnsinnige Schönheit, Prinzhorn- Sammlung (Katalog zur Ausstellung)*, Heidelberg: Verlag das Wunderhorn, 1997.

- Jaspers, K., *Psicopatología General*, 1913, traducido por Saubidet, R.O. y Santillán, D.A., México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 2006.
- Jones, P., Cannon M., "The new epidemiology of schizophrenia", en: *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 21 (1), 1998, pp. 1-25.
- Kasanin, A.J., *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1958.
- Klapan, H., Sadock, B., *Tratado de Psiquiatría VI*, Buenos Aires, Editorial Intermédica, 1997.
- Klein, J., *Arteterapia: Una introducción*, Barcelona, Editorial Octaedro, 2006.
- Kusama, Y., "Yayoi Kusama", en:  
[http://www.youtube.com/watch?v=Wq0LXh3sais&feature=player\\_embedded](http://www.youtube.com/watch?v=Wq0LXh3sais&feature=player_embedded), (último acceso: 12/09/2011)
- López Martínez, M.D., *La Intervención Arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español*, Tesis de la Universidad de Murcia, Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica, 2009.
- Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M. (eds.), *Clinical Psychiatry*, Baltimore, Williams and Wilkins, 3ª ed., 1969.
- McDonald, N., "Living with Schizophrenia", en: *Canadian Medical Association Journal*, vol. 82, 1960, pp. 218-221.
- McGhie, A., Chapman, J., "Disorders of Attention and Perception in early Schizophrenia", en: *British Journal of Medical Psychology*, vol. 34, 1961, pp. 103-115.
- Meltzer, H.Y., "Treatment of the neuroleptic nonresponsive schizophrenic patient", en: *Schizophrenia Bulletin*, vol. 18 (3), 1992, pp. 515-542.

- Mora, M., “J. A. Ramírez traza un mapa del cuerpo en el arte contemporáneo”, en: *El País*, 25/06/2003, [http://www.elpais.com/articulo/cultura/J/Ramirez/traza/mapa/cuerpo/arte/contemporaneo/elpepicul/20030625elpepicul\\_4/Tes](http://www.elpais.com/articulo/cultura/J/Ramirez/traza/mapa/cuerpo/arte/contemporaneo/elpepicul/20030625elpepicul_4/Tes) (último acceso: 12/09/2011)
- Morgenthaler, W., *Ein Geisteskranker als Künstler: Adolf Wölfli*, 1921, reimpresión: Wien: Medusa-Verlag, 1985.
- Nasar, S., en *Los abismos del inconsciente*, “La noche temática”, RTVE 2, 2003, <http://www.verdocumentalesonline.com/filosofia/esquizofrenia-los-abismos-del-inconsciente/> (último acceso 12/09/2011)
- Pániker, S., *Cuaderno amarillo*, Barcelona, Plaza y Janés, 1ª ed., 2000.
- Polo Downat, L., “Tres aproximaciones al Arte Terapia”, en: *Revista Arte, individuo y sociedad*, vol.12, 2000, pp. 311-319.
- Prinzhorn, H., *Artistry of the Mentally Ill: A Contribution to the Psychology and Psychopathology of Configuration*, 1922, traducido por Brockdorf, E. von, New York, Heidelberg, Berlin: Springer, 1972.
- Revista “Raw Vision”, vol. 57, 2006, p. 22.
- Robinson, M., “Un enfoque jungiano de la terapia artística dentro de un entorno residencia”, en: Dalley, T. (ed.), *El Arte como Terapia*, Barcelona, Herder, 1987, pp. 141-158.
- Romo, M., *Psicología de la creatividad*, Barcelona, Editorial Paidós, 2005.
- Ron, M., *Sigue el desafío de la esquizofrenia*, entrevista de Eduardo Punset a María Ron en el programa “Redes”17 de RTV, 27.10.2008, <http://www.rtve.es/alacarta/videos/redes/redes-sigue-desafio-esquifrenia/324496/> (último acceso 12/09/2011)
- Rosen, J.N., “Algunas observaciones sobre la concepción de Bleuler de la demencia Precoz”, en: Rosen, J.N., *Psicoanálisis Directo. Tratamiento de la Psicosis sin Medicamentos*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1975.

Röske T., director de la Sammlung Prinzhorn (*Colección Prinzhorn*),  
entrevista del 26/03/2010:

<http://www.artefakt-sz.net/kunsthistoriker-im-gespraech/kunst-ist-niemals-krank>, (último acceso: 10/09/2011)

Schimmelpenning, G.W., „Zur psychopathologischen Abgrenzung von hirnatrophiischen Hypochondrien und Körperschizophrenien“, en: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 197, 1958, pp. 463-483.

Secretaría de Salud, *Programa Específico de Esquizofrenia*, México, D.F., 2002.

Szymansky S., Kane, J.M, Lieberman, J.A: “A selective review of biological markers in schizophrenia”, en: *Schizophrenia Bulletin*, vol. 17 (1), 1991, pp. 99-111.

Thomashoff, H.-O., Naber, D., *Psyche & Kunst, Psychiatrisch-kunsthistorische Anthologie, Katalog zur Ausstellung anlässlich des XI. Weltkongresses für Psychiatrie in Hamburg 1999*, Stuttgart, Schattauer, 1999.

Vincent, G., *The Unknown Night: The Genius and Madness of R.A. Blacklock, An American Painter*, Nueva York, Grove press, 2003.

Wahl, O.F., “Mental Health Consumers’ Experience of Stigma”, en: *Schizophrenia Bulletin*, vol. 25 (3), 1999, pp. 467-478.

Winnicott, D.W., *La naturaleza humana*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1988.

## Anexo

Persona que padece el trastorno mental y nos ha otorgado su testimonio emotivo para ayudarnos con la investigación. En principio pensaron que esta persona tenía esquizofrenia, pero su enfermedad es otra.

Describe:

“Ciao Sheila,

spero di poterti essere utile per l'esperienza che ho avuto io e i problemi che devo affrontare..

In realtà fortunatamente non sono affetta da schizofrenia ma da un disturbo mentale + lieve che è il bipolarismo, ossia l'oscillare tra la depressione e l'euforia (entrambe pericolose)

Ormai da anni assumo un mix di farmaci che mi mantengono in uno stato di equilibrio e mi fanno condurre una vita piuttosto regolare (sono seguita da una psichiatra) anche se a volte ho degli episodi di attacchi di ansia davvero brutti.....

DEvo fare uno sforzo e andare indietro con gli anni per descriverti le sensazioni che provavo.....c'è da dire che ne ho provate diverse, non le ricordo tutte, si tende a dimenticare le cose che ti hanno

fatto soffrire....il fatto è che i medici hanno impiegato del tempo per capire cosa avessi, i disturbi mentali non sono visibili e quindi molto difficili da diagnosticare....

Ricordo i primi sintomi.....neuro psicoastenìa mi diagnosticò un

prof.internista.....ero tanto dimagrita e passavo le ore su una poltrona del salotto...ricordo che in quel periodo di quasi totale inattività

la percezione del tempo era quasi completamente alterata, sentivo i battiti del cuore tanto forti, facevano tanto rumore, il mio udito era concentrato sull'interno del mio corpo, non sugli stimoli esterni e le ore che passavano per me erano minuti....questo.

PPoi iniziai la psicoterapia e man mano che andava avanti iniziai a rifiutare il cibo, quello che mangiavo vomitavo...iniziai a dimagrire ma dopo un breve

ricovero, toccando e guardando il mio corpo dimagrito

capii che dovevo lottare per guarire e così iniziò un periodo in cui mi forzavo a non vomitare il cibo, a volte ingoiavo la poltiglia pronta ad essere vomitata-

.Superai anche questo e nel frattempo cambiavo i dottori, da uno psichiatra all'altro.....non ricordo il primo attacco di ansia....ma queste sono le sensazioni: tremarella, paura di tutto e desiderio di scappare (tanto che a volte mi capitava di correre in mezzo alla strada per scappare da qualcosa) tremito, a volte me lo provocavo. La mia psichiatra dice che io parlo il linguaggio del corpo perchè non riesco ad esprimere il disagio con le parole, magari anche dicendo che qualcosa non mi va...il linguaggio del corpo viene parlato dai bambini piccoli(era come regredire all'infanzia). Durante i terribili attacchi di ansia cerco di provocarmi anche il vomito e vomito tutto, anche i succhi gastrici, devo sentirmi svuotata...seguono punture molto forti che mi stendono per 3/4 giorni....

La fase della depressione è molto brutta...tutto quello che si fa durante la giornata, dai gesti + piccoli, ti sembra faticosissimo, non hai desideri se non quello di stare a letto. non vuoi parlare, il tuo corpo non vuole muoversi, fai fatica anche a mangiare, non desideri fare shopping, o andare al cinema, non vuoi vedere gente e non sopporti la luce. Per uscire dalla depressione ti danno gli antidepressivi ma se sono tanti e non sei controllata rischi di andare in euforia.....

L'euforia è la fase esattamente opposta alla depressione, sei iperattiva, non senti la fatica, dormi poche ore, i pensieri sono accelerati e puoi collegare situazioni tra loro che invece non c'entrano nulla. Magari ti senti una star e vedendo passare un macchinone per strada pensi che è qualcuno che viene a prendere te.....sei convinta di cose che non esistono e puoi fare spese folli....in realtà in euforia ci si sente molto bene e molto felici anche senza motivo ma è terribile quando ne esci perchè rivi in depressione.....

Ancora sono in cura, ma i progressi fatti sono stati tanti, ho un lavoro, degli affetti e degli amici e ne sono felice.

TRADUCCIÓN:

Hola Sheila, espero poderte ayudar con mi experiencia y con los problemas que he tenido.

Realmente y afortunadamente no sufro de esquizofrenia, sino de un trastorno

mental más ligero. Tengo trastorno bipolar, o sea la oscilación entre depresión y euforia (las dos peligrosas).

Ya desde tiempo tomo una mezcla de fármacos que me mantienen en un estado de equilibrio y me hacen conducir una vida bastante regular (estoy siendo cuidada por un psiquiatra), aunque a veces tengo crisis de ansiedad muy malas...

Tengo que hacer un esfuerzo e ir hacia atrás en el tiempo para describirte las sensaciones que tenía...hay que decir, que he sentido varias. No las recuerdo todas, se tiende a olvidar lo que te ha hecho sufrir...de hecho los médicos, han empleado mucho tiempo para decirme lo que tengo. Los trastornos mentales no son visibles, por eso es muy difícil de diagnosticar...

Recuerdo los primeras síntomas...neuropsicoastenia. Me diagnosticó un profesor internista...estaba muy delgada y las horas se me pasaban sobre un sofá en el salón...recuerdo que, en aquella temporada de casi total inactividad, la percepción del tiempo era casi totalmente alterada, sentía los latidos del corazón tan fuertes, hacían mucho ruido, mí oído estaba concentrado en mí interior, no sobre los estímulos exteriores y las horas que pasaban para mí, eran minutos...eso. Luego empecé haciendo psicoterapia,y a medida que avanzaba ,empecé a rechazar la comida, lo que comía lo devolvía...empecé a adelgazar pero después de un breve ingreso, tocando y viendo mi cuerpo delgado entendí que debía luchar para restablecerme. Desde entonces empecé una temporada en la cual me esforzaba para no rechazar la comida, a veces tragaba la papilla lista pero la rechazaba. Superé también esto y al mismo tiempo cambiaba de doctores; de un psiquiatra a otro...no recuerdo mi primer ataque de ansiedad pero estas son las sensaciones: temblores, miedo a todo y deseo de escapar (de echo a veces me ocurría que al bajar a la calle, corría para escapar de algo), temblor, a veces me lo calmaba. Mi psiquiatra dice que yo hablo con el lenguaje del cuerpo, porque no consigo sacar mi cohibición con las palabras, aunque digo algo que no me apetece...el lenguaje del cuerpo viene utilizado por los niños (era como sufrir una represión en la infancia).

Durante los terribles ataques de ansiedad intento provocarme el rechazo también y rechazo todo los jugos gástricos, quiero sentirme vacía...siguen las crisis muy fuertes que me derriban durante 3/4 días...

La fase de la depresión es muy mala...todo lo que se hace durante el día, desde los gestos mas simples, parece muy fatigoso, no tienes deseos sino quedarte en

la cama, no quieres hablar, tu cuerpo no quiere moverse, haces fatiga para comer también, no deseas hacer compras o ir al cine, no quieres ver a la gente, ni aguantas la luz. Para salir de la depresión te dan los antidepresivos pero si son muchos y no te cuidan, el riesgo es acabar con la euforia...

La exaltación es la fase opuesta a la depresión; te sientes hiperactiva, no notas la fatiga, duermes pocas horas, tus pensamientos son acelerados y puedes conectar situaciones entre ellas que no tienen nada que ver. Por ejemplo tienes la sensación de ser una súper estrella y viendo acercarse un coche muy bonito, piensas que alguien esta buscándote para llevarte...estas convencida de algo que no existe...y puedes hacer locuras gastando mucho dinero..realmente si tienes euforia estas contento y feliz sin razón...pero es terrible cuando sales porque recaes en la depresión...

Todavía estoy siendo cuidada, pero muchos han sido los progresos de mejora, pues tengo trabajo, afectos y unos amigos, por eso soy feliz...

Los datos de la persona que nos ofrece su testimonio son confidencialmente reservados.

## Cuestionario 1

Edad: 26 Estado civil: soltera hijos: ninguno con quién vive: con mi familia dónde vive: Valencia cómo se lleva con sus familiares: normal

¿Cómo te encuentras? ¿Te encuentras cómodo ahora mismo?

Ahora, bien.

¿Qué es lo que te preocupa?

No sé, nada creo.

¿Sientes algo diferente en tu cuerpo? ¿Percibes algún cambio físico?

alguna vez tengo dolores como pinchazos en la parte del tronco hacia abajo. No.

¿En alguna parte concreta del cuerpo?

-----

¿Sueles encontrarte nervioso o fuera de lugar?

Cuando no conozco a la persona.

¿Alguna vez alguien te ha querido hacer daño o perjudicarte?

No. Puede que si.

¿Qué esquizofrenia te han diagnosticado?

Esquizofrenia. Tengo dolores

¿Has pensado alguna vez que te observan? ¿Quién?

Si. Hay gente que mira.

Todos los cuestionarios son guardados para su investigación. Los datos de la persona son confidencialmente reservados.

## Cuestionario 2

Edad: 29 Estado civil: soltera hijos: no con quién vive: en casa dónde vive: Valencia cómo se lleva con sus familiares: bien

¿Cómo te encuentras? ¿Te encuentras cómodo ahora mismo?

Tranquilo.

¿Qué es lo que te preocupa?

No curarme.

¿Sientes algo diferente en tu cuerpo? ¿Percibes algún cambio físico?

Sí.

¿En alguna parte concreta del cuerpo?

Dentro del cuerpo, como nervios.

¿Sueles encontrarte nervioso o fuera de lugar?

No.

¿Alguna vez alguien te ha querido hacer daño o perjudicarte?

No sé.

¿Qué esquizofrenia te han diagnosticado?

Me han dicho que tengo esquizofrenia me dieron medicación.

¿Has pensado alguna vez que te observan? ¿Quién?

No lo había pensado.

(Pregunta aparte) ¿Ve cosas diferentes?

Me gusta ver a la gente y las cosas. Por que hay cosas curiosas.

Todos los cuestionarios son guardados para su investigación. Los datos de la persona son confidencialmente reservados.

### Cuestionario 3

Edad: 16 Estado civil: soltera hijos: no con quién vive: ---- dónde vive: --  
-- cómo se lleva con sus familiares: ---

¿Cómo te encuentras? ¿Te encuentras cómodo ahora mismo?

Bien.

¿Qué es lo que te preocupa?

Nada.

¿Sientes algo diferente en tu cuerpo? ¿Percibes algún cambio físico?

No.

¿En alguna parte concreta del cuerpo?

-----

¿Sueles encontrarte nervioso o fuera de lugar?

No.

¿Alguna vez alguien te ha querido hacer daño o perjudicarte?

No.

¿Qué esquizofrenia te han diagnosticado?

Esquizofrenia catatónica.

¿Has pensado alguna vez que te observan? ¿Quién?

No.

Todos los cuestionarios son guardados para su investigación. Los datos de la persona son confidencialmente reservados.

#### Cuestionario 4

Edad: 31 Estado civil: soltera hijos: no con quién vive: con mis padres  
dónde vive: ---- cómo se lleva con sus familiares: ---

¿Cómo te encuentras? ¿Te encuentras cómodo ahora mismo?

Bien.

¿Qué es lo que te preocupa?

Muchas cosas

¿Sientes algo diferente en tu cuerpo? ¿Percibes algún cambio físico?

Si, algo se despega de mí.

¿En alguna parte concreta del cuerpo?

No. Es por todo, no se.

¿Sueles encontrarte nervioso o fuera de lugar?

No, creo que no.

¿Alguna vez alguien te ha querido hacer daño o perjudicarte?

Sí.

¿Qué esquizofrenia te han diagnosticado?

Paranoide.

¿Has pensado alguna vez que te observan? ¿Quién?

Sí. Hay muchas personas que siempre miran, no hay que fiarse de la gente.

Todos los cuestionarios son guardados para su investigación. Los datos de la persona son confidencialmente reservados.

## Cuestionario 5

Edad: 48 Estado civil: divorciada hijos: si con quién vive: con todos, con mi familia dónde vive: Valencia cómo se lleva con sus familiares: normal

¿Cómo te encuentras? ¿Te encuentras cómodo ahora mismo?

Por qué lo pregunta, ¿que no me ves bien?

¿Qué es lo que te preocupa?

A mí nada, ¿por qué?

¿Sientes algo diferente en tu cuerpo? ¿Percibes algún cambio físico?

Que yo sepa no.

¿En alguna parte concreta del cuerpo?

No.

¿Sueles encontrarte nervioso o fuera de lugar?

Alguna vez.

¿Alguna vez alguien te ha querido hacer daño o perjudicarte?

Sí.

¿Qué esquizofrenia te han diagnosticado?

Me han dicho que pasé una enfermedad muy grave y he estado tomando medicación.

¿Has tenido pensado alguna vez que te observan? ¿Quién?

Pasé una época muy mala y creía que la gente hablaba de mí constantemente. No sé, en el trabajo. A veces por la televisión, asociaba todo a mí.

(Pregunta aparte) ¿Qué tipo de medicación toma?

Diazepan, clorazil , risperidona pero esta ya he dejado de tomarla.

Todos los cuestionarios son guardados para su investigación. Los datos de la persona son confidencialmente reservados.

## Cuestionario 6

Edad: 22 Estado civil: soltero hijos: no con quién vive: con mi madre  
dónde vive: ---- cómo se lleva con sus familiares: bien

¿Cómo te encuentras? ¿Te encuentras cómodo ahora mismo?

Bien.

¿Qué es lo que te preocupa?

no encontrar trabajo.

¿Sientes algo diferente en tu cuerpo? ¿Percibes algún cambio físico?

Sí. Mí piel a veces esta áspera.

¿En alguna parte concreta del cuerpo?

La cabeza me duele muchas veces al día.

¿Sueles encontrarte nervioso o fuera de lugar?

Alguna vez.

¿Alguna vez alguien te ha querido hacer daño o perjudicarte?

No creo.

¿Qué esquizofrenia te han diagnosticado?

No se. Me ha dicho el psiquiatra que tengo salir a la calle, pero no tengo ganas. Dice que es bueno.

¿Has pensado alguna vez que te observan? ¿Quién?

No.

Todos los cuestionarios son guardados para su investigación. Los datos de la persona son confidencialmente reservados.

## Cuestionario 7

Edad: 49 Estado civil: --- hijos: si con quién vive: --- dónde vive: ----  
cómo se lleva con sus familiares: bien

¿Cómo te encuentras? ¿Te encuentras cómodo ahora mismo?

Mal.

¿Qué es lo que te preocupa?

no curarme.

¿Sientes algo diferente en tu cuerpo? ¿Percibes algún cambio físico?

Hay algo que me come por dentro. No, físico no. Pero estoy fea.

¿En alguna parte concreta del cuerpo?

Tengo presión en el pecho y la barriga.

¿Sueles encontrarte nervioso o fuera de lugar?

No se.

¿Alguna vez alguien te ha querido hacer daño o perjudicarte?

No.

¿Qué esquizofrenia te han diagnosticado?

Se que tengo esquizofrenia, y tengo alucinaciones pero no de ver gente,  
es que me salen rojeces en la piel.

¿Has pensado alguna vez que te observan? ¿Quién?

No.

Todos los cuestionarios son guardados para su investigación. Los datos de la persona son confidencialmente reservados.

Imágenes de la historia de la esquizofrenia



Ilustración 11 : Lobotomía. Walter Freeman

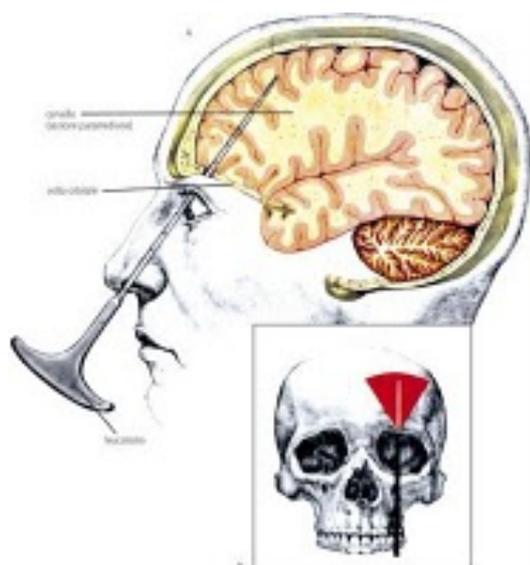


Ilustración 12 :Lobotomía transorbital

## Imágenes de la historia de la esquizofrenia

Ilustración 13 : Paciente con esquizofrenia



Ilustración 14: Paciente con esquizofrenia



Ilustración 15: Paciente con esquizofrenia



Ilustración 16 : Fragmento del documental "La historia de la esquizofrenia"



Imágenes del cerebro con disfunción



Ilustración 17 : Cerebro humano. Anomalia. Fotografía tomada en el Hospital General de Oviedo, 2011.



Ilustración 18 : Vista desde arriba. Anomalia. Fotografía tomada en el Hospital General de Oviedo, 2011.

## Imágenes del cerebro con disfunción

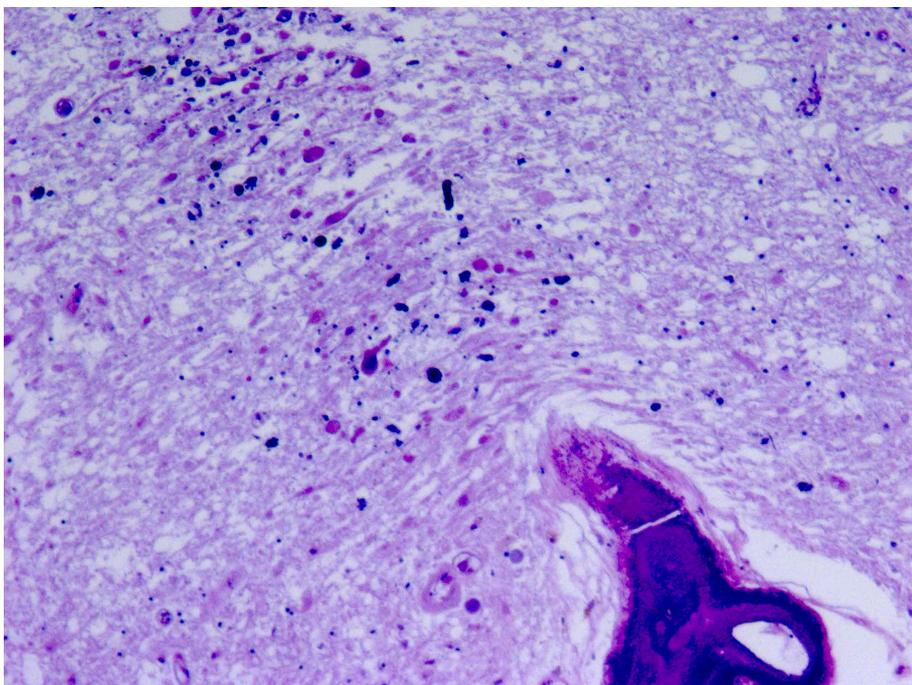


Ilustración 19 : calcinosis deg axonal y desmiel x3. Fotografía tomada en el Hospital General de Oviedo, 2011.

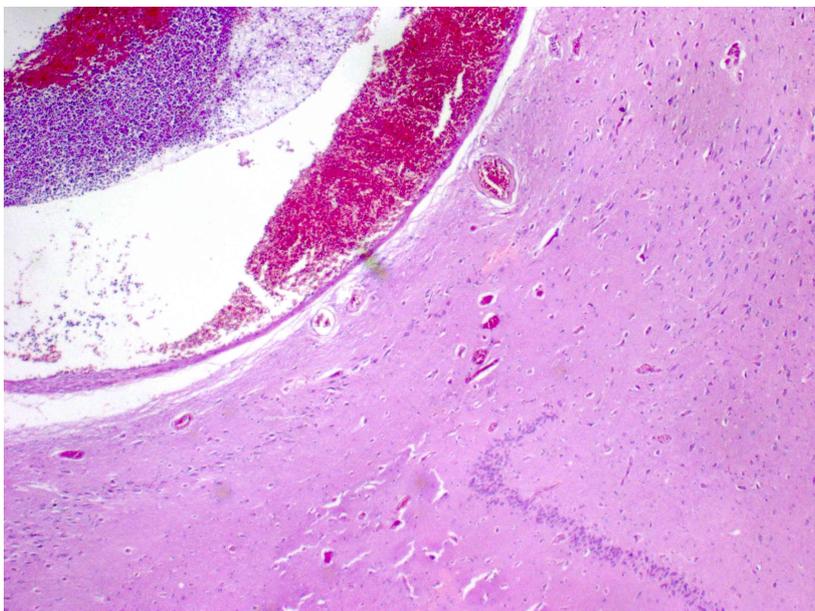


Ilustración 20: Hipocampo con vaso. Fotografía tomada en el Hospital General de Oviedo, 2011.

## Imágenes del cerebro con disfunción

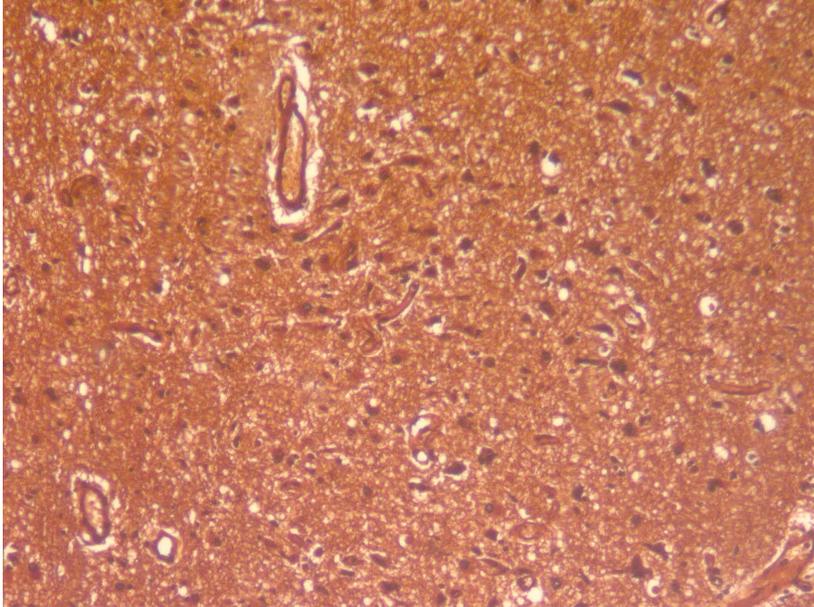


Ilustración 21: Hipocampo. Vista al microscópio. Fotografía tomada en el Hospital General de Oviedo, 2011.

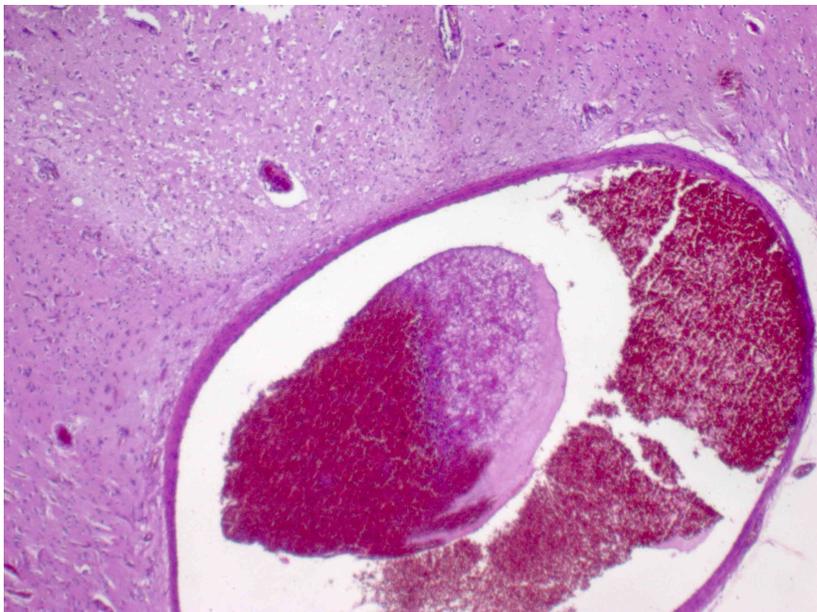


Ilustración 22: cortex 2 microinfartos x 3. Fotografía tomada en el Hospital General de Oviedo, 2011.

## Imágenes del cerebro con disfunción

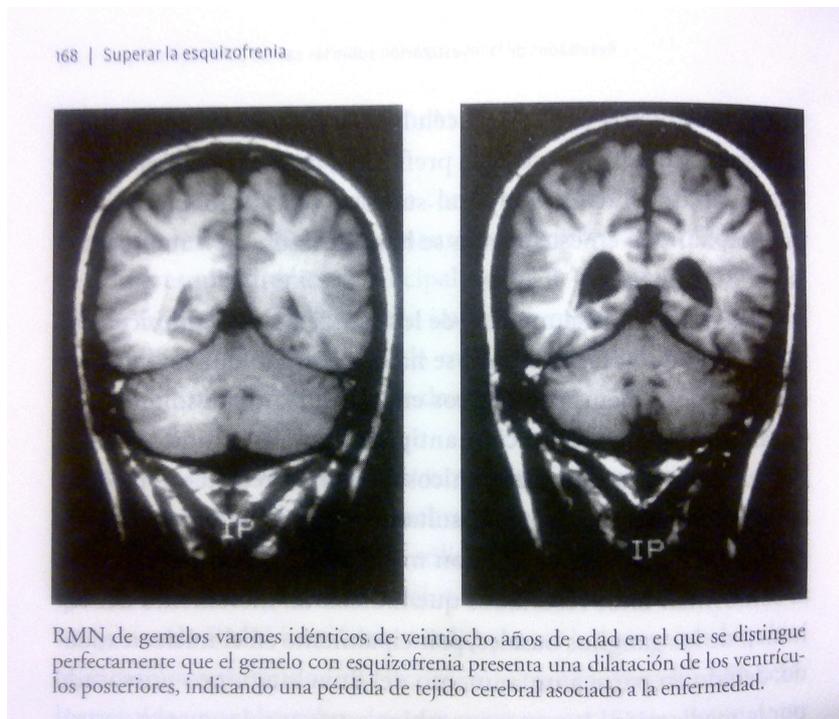


Ilustración 23: Déficit en el cerebro derecho

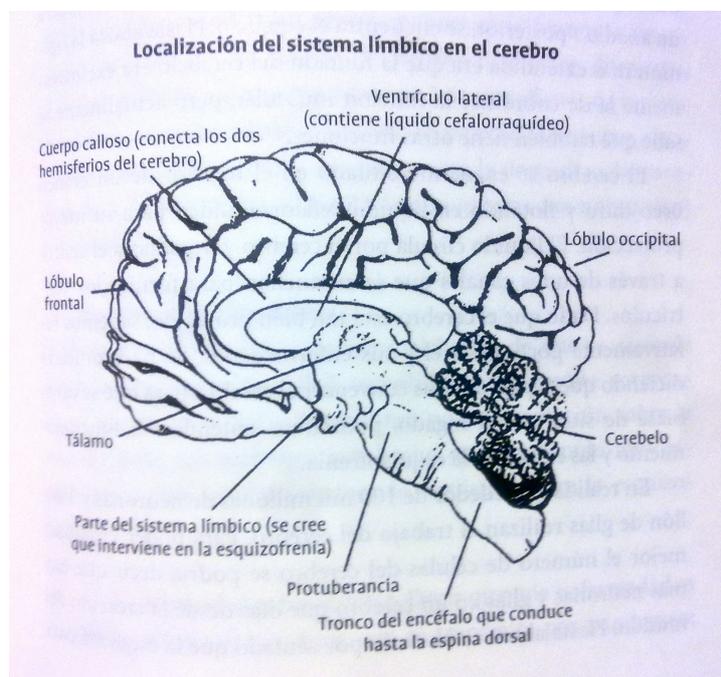


Ilustración 24 : dibujo del cerebro.

Imágenes del cerebro con disfunción

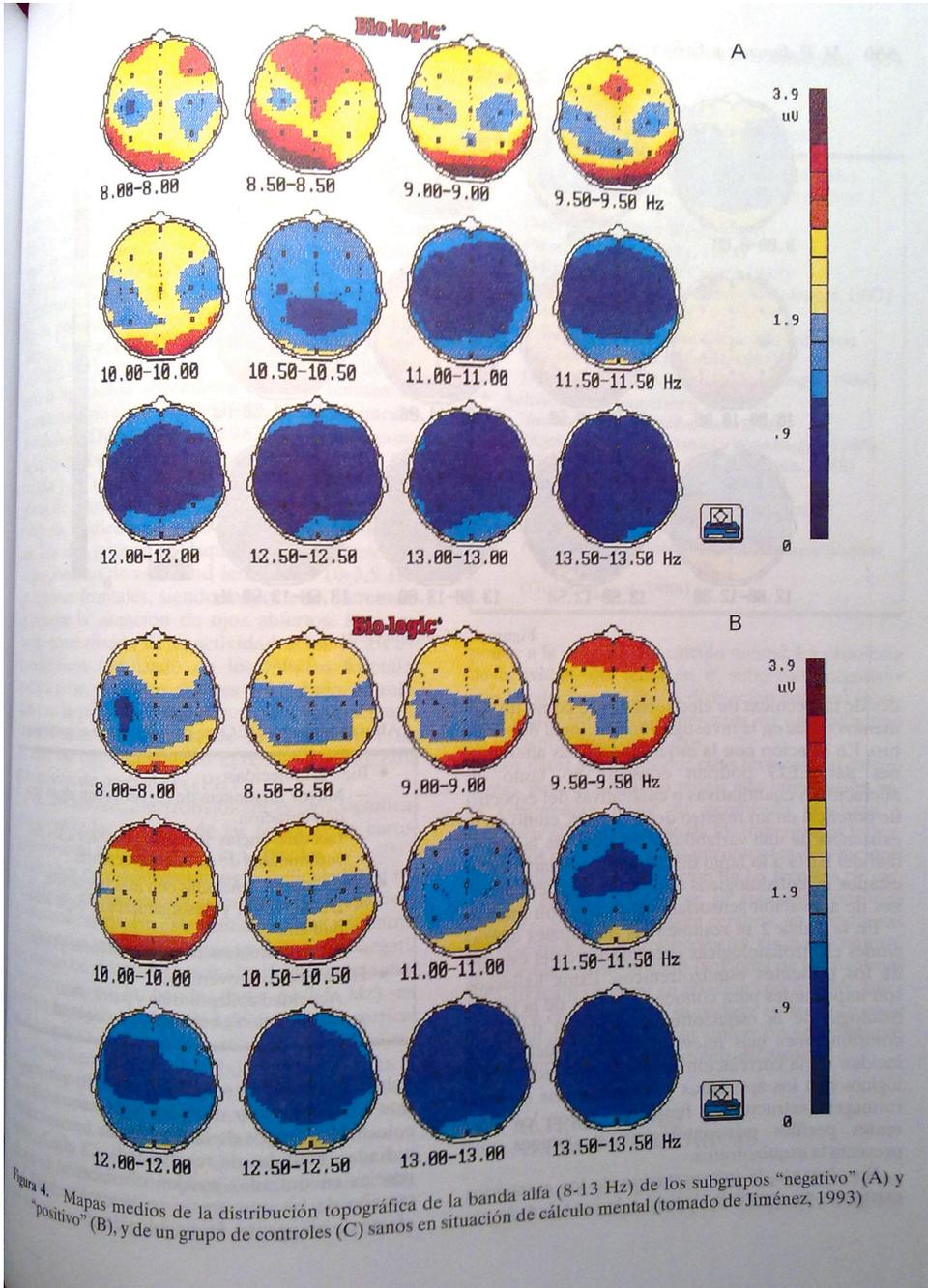


Figura 4. Mapas medios de la distribución topográfica de la banda alfa (8-13 Hz) de los subgrupos "negativo" (A) y "positivo" (B), y de un grupo de controles (C) sanos en situación de cálculo mental (tomado de Jiménez, 1993)

Ilustración 25 : Tomografías de cerebros de esquizofrénicos.



UNIVERSIDAD  
POLITECNICA  
DE VALENCIA

## EL LENGUAJE SOMÁTICO DEL CUERPO ESQUIZOFRÉNICO

Una investigación desde el ámbito artístico

TFM realizado por Sheila Toledo Ribes

Dirigido por M<sup>a</sup> de los Desamparados Cubells Casares

Tipología 3

Universidad Politécnica de Valencia

Facultad de Bellas Artes

Valencia, Septiembre 2011