

---

**Universidad de Salamanca**  
Instituto Universitario de Iberoamérica  
Facultad de Ciencias Sociales

---

Programa de Doctorado Interuniversitario Antropología de Iberoamérica



**Dé lirios a los delirios: dos culturas y el arte de una enfermedad delirante.**

*Brasil y Cabo Verde bajo una mirada de la Etnopsiquiatría*

Directores:

Prof. Dr. D. Ángel B. Espina Barrio

Prof. Dr. D. José Carlos Venâncio

Tesis doctoral presentada por

**Francisca Suassuna de Mello Freyre**

Septiembre de 2011

*«La explicación a todo costo de lo que no comprendemos,  
puede levar al riesgo mayor de un mundo desencantado»*

François Laplantine

## **Dedicatoria**

*À la memoria de mi padre, con perfume de lirios...*

*À mi madre, por la fe que enséñame a tener hasta en mis delirios...*

*A Joaquim, donde mis delirios encuentran la lucidez...*

## Agradecimientos

A mis hermanos horrorosos y mis sobrinos lindos, por rellenaren mi vida de afecto.

À Raidinho y Adiel, fieles guardianes de mis tesoros.

À Cris Lopes y Deca Graupen, mis hermanas de alma, unidas por un inconsciente colectivo relleno de ternura, con una gratitud mayor que cualquier distancia que nos separe.

À familia Monteiro, mi familia caboverdiana, con quien tanto tengo podido aprender de la cultura de esta tierra: las costumbres, la gastronomía, la religiosidad, los valores, con tempero de mucho cariño.

A los míos Directores de Tesis Angel Espina y José Carlos Venâncio, por las luces que han producido en mi camino cómo Antropóloga.

À Xóxo, Rubén, Juan, Mara, Amadeuzinho, João, Viri, Rosalba, Sandra, Luiz, Fabiana, Maristela, por la compañía tan agradable, haciendo con que el tiempo de estudio en Salamanca se convierta en un tempo inolvidable.

À María, un precioso tesoro encontrado en las tierras de Cervantes.

Al Prof. Rabot, una presencia siempre tan iluminada y cuidadosa, gracias por el incansable incentivo.

À Prof. Engrácia, un rasgo de Portugal que sigue conmigo donde esté mi corazón.

À Hérica Tavares y Nini Costa, hermanas lejanas, pero de una presencia visceral en mi vida.

À Dra. Beatriz, por su incansable creencia en mis potencialidades.

À Asociación A PONTE, por construir un puente de afecto entre yo y el Hospital da Trindade cuando aún estábamos a un océano de distancia.

À Liudmila, una amiga linda, regalada por una aventura etnopsiquiátrica para enriquecer mi vida.

A los Directores del CAPS Casa Forte (Cristina Lopes y Marcos Noronha), del Sanatório Recife (Ulysses Pernambucano de Mello), de la Casa de Saúde do Bom Jesus (António Pacheco Palha) y Hospital da Trindade (João Miguel Vaz), por la confianza en abrirme las puertas de sus dominios y por la sabiduría que, humildemente, han compartido conmigo.

À las personas en tratamiento en el CAPS Casa Forte, Sanatorio Recife, Casa de Saúde do Bom Jesus y Hospital da Trindade por la receptividad, por los colores que han ofertado no solamente a este trabajo, pero sobre todo a mi vida. A ellas un reconocimiento todo especial por compartieren sus delirios conmigo con la creencia de que a lo menos yo acredito en sus verdades.... Y acredito mismo. Y les reverencio por la doble vida que han conseguido subsistir sin desistir de ella.

À Lampião, mi protector, mi coraza de protección a lo que es real y a lo que no se puede ver, pero que también existe.

## Agradecimientos Especiales

Hay personas para quien rendemos gracias con mucho cariño por su participación en la construcción de este trabajo, ya que han contribuido de alguna manera para mi bienestar durante esta trayectoria.

Y hay personas con quien he podido contar de manera tan grandiosa que, sin sus participaciones en mi vida en estos años doctorales, tal vez aún no fuera posible estar hoy con esta tesis en las manos. Son personas por quien tengo una gratitud inmensa y no había otra manera de decirles gracias sino con una hoja enteramente dedicada a ellos, que en distintos continentes, han henchido mi corazón con los más nobles sentimientos.

Gracias *Noemí y David* por los brazos, el corazón, la casa siempre abierta para mí. Gracias por la familia compartida. Gracias por si convirtieren en mis hermanos de alma española.

Gracias *Irene y David* por los brazos, el corazón, la casa siempre abierta para mí. Gracias por la familia compartida. Gracias por si convirtieren en mis hermanos de alma caboverdiana.

*A ustedes, una gratitud de mío tamaño... de corazón.*

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo ha sido comprender donde se localizan las raíces de los delirios, si estos se encuentran en la naturaleza humana o aparecen como resultado de un constante aprendizaje cultural a partir del ambiente donde están ubicadas las personas que viven con esquizofrenia. El concepto de Etnopsiquiatría se ha tomado del propuesto por Devereux y Laplantine que lo definen como una red de semejanzas entre los mitos descritos por Lévi-Straus y los delirios. Para iluminar la comprensión del imaginario, recurrimos a las ideas de Bachelard y Gilbert Durand, apoyadas por la definición de inconsciente colectivo de Jung como una posible explicación para las similitudes encontradas entre las imágenes que representan ideas delirantes en nuestra muestra. En la evolución humana, se ha investigado mucho sobre la influencia del ambiente y sus costumbres tanto en la vida saludable, como en el reconocimiento y tratamiento de las enfermedades, pero poco se ha dicho con respecto de los delirios, sobre todo en donde se encuentran las fuentes de las ideas delirantes más allá de lo que la fisiología nos explica.

Para la realización de este estudio se consideraron las relaciones existentes entre las imágenes de los delirios de personas de diferentes edades, estratos sociales y escolaridad, ambas con igual patología: la psicosis esquizofrénica con manifestación de ideas delirantes, en hospitales psiquiátricos de Brasil, Portugal y Cabo Verde. Estamos hablando de tres continentes distintos, países con historias distintas, uno colonizador y dos colonizados viviendo su independencia en distintos momentos y la enfermedad mental presente de manera intensa en cada uno de ellos, pero unidas por un rasgo común de segregación.

Los delirios analizados nos mostraron la existencia de predisposiciones naturales para determinados temas en las personas en tratamiento de la esquizofrenia, así como revelaron complejas interdeterminaciones entre naturaleza y cultura, percibiendo un fuerte trazo de universalidad por parte de los contenidos de los delirios.

Palabras-clave: Etnopsiquiatría, imaginario, delirio.

## RESUMO

O objectivo do presente trabalho foi compreender onde estão localizadas as raízes dos delírios, se na natureza humana ou como um contraste de aprendizagem cultural a partir do ambiente onde estão localizadas as pessoas que vivem com esquizofrenia. Foi estudada a concepção de Etnopsiquiatria a partir de Devereux e Laplantine e percebida uma rede de semelhanças entre os mitos descritos por Lévi-Strauss e os delírios. Para iluminar a compreensão do imaginário, recorreremos às ideias de Bachelard e Gilbert Durand, como também foi examinada a concepção de inconsciente colectivo de Jung como uma possível explicação para as similitudes encontradas entre as imagens que representam ideias delirantes em nossa amostra.

Na evolução humana, muito vem sendo investigada acerca da influência do ambiente e seus costumes tanto na vida saudável, como no reconhecimento e tratamento das enfermidades, mas pouco tem sido dito a respeito dos delírios, onde estão as fontes das ideias delirantes para além do que a fisiologia nos explica. Foram consideradas relações entre as imagens de delírios produzidas por pessoas de diferentes idades, extractos sociais e escolaridade, ambas com igual patologia: a psicose esquizofrénica com manifestação de ideias delirantes, em hospitais psiquiátricos do Brasil, de Cabo Verde e de Portugal. Três continentes distintos, países com histórias distintas, um colonizador e dois colonizados que viveram sua independência em distintos momentos e a doença mental presente de diferentes maneiras em cada um deles, unidas por um traço comum de segregação.

Os delírios analisados puderam apontar a existência de predisposições naturais para determinados temas em pessoas em tratamento da esquizofrenia, assim como a revelação de complexas interdeterminações entre natureza e cultura, percebendo um forte traço de universalidade por parte dos delírios.

Palavras-chave: Etnopsiquiatria, imaginário, delírio.

## Índice de Figuras:

Figura 1: De un pintor anónimo, pintado en el siglo XIX - Museo de la Historia de la Medicina, Paris.

Figuras 2 y 3: Personas dibujando imágenes que surgen en sus delirios.

Figuras 4, 5 y 6: Portada del Sanatório Recife e interior

Figura 7: Placa del CAPS Casa Forte

Figuras 8 y 9: Portada del Hospital Agostinho Neto – Extensión Trindade e interior

Figura 10: Portada de la Casa de Saúde do Bom Jesus

Figura 11: Pintura 'El Grito' de Edvard Munch (1883).

Figura 12: Retrato del Dr. Gachet, Vincent van Gogh (1890)

Figura 13: Dormitorio Arles, Vincent Van Gogh (1889)

Figura 13: Hombre viejo con la cabeza en sus manos, Vincent van Gogh (1882)

Figura 14: Auto-retrato com orelha cortada, Vincent van Gogh (1889)

Figura 15: 'Campos de Trigo con Cuervos' de Vincent Van Gogh (1890).

Figura 16: Saint Augustine and the devil, Christoph Haizmann, 1677

Figura 17: The Fairy Feller's Master Stroke, Richard Dadd, 1855-1864

Figura 18: Pablo Picasso, en su 'fase azul' ha pintado una persona con su 'locura'. Esa obra tiene el nombre de 'El Loco' (1904, Museo Picasso/Barcelona) y fue inspirada en una persona que con estas características vivía por las calles de Barcelona, caminando sin destino.

Figura 19: Retrato del Bobo Juan Calabaza (1639). Diego Velásquez (1599-1660). Museo del Prado (Madrid)

Figuras 20, 21, 22 y 23: La reordenación del caos interior

Figuras 24, 25 y 26: Imágenes de personas dibujando sus delirios en el Sanatorio Recife.

Figuras 27 y 28: Personas dibujando en el Hospital de Trindade – Cabo Verde

Figura 29 : Una persona dibujando uno de sus delirios

Figura 30: Jazmín BR ("La mía doctora").

Figura 31: "El sueño de la noche", de Diamante (BR)

- Figura 32: “Pesadilla”, de Cuartzo(CV)
- Figura 33: “Los hijos que se van”, de Lavanda BR
- Figura 34: el delirio cómo metáfora de la destrucción
- Figura 35: El delirio cómo metáfora del asma psíquico
- Figura 36: Coralina, BR, “Sol de sangre”
- Figura 37: Violeta, BR, “Sol en mi casa”
- Figura 38: Jade, CV, “Casa con sol”
- Figura 39: Ágata, CV, “Camino de luz”
- Figura 40: Esmeralda, BR, “El demonio pegador”
- Figura 41: Amatista, CV, “Cruz del Papa”
- Figura 42: Ámbar, BR, “Cruz de las Almas”
- Figura 43: Topácio, CV, “Jesús y los Apóstolos”
- Figura 44: Citrina, CV, “Espirito Santo”
- Figura 45: Ópalo, CV, “Árboles de mi isla”
- Figura 46: Caléndula, CV, “La flor”
- Figura 47: Camelia, BR, “Hombre peligroso”
- Figura 48: Rosa, PT, “Peligro en mi casa”
- Figura 49: Ágata, CV, “El árbol”
- Figura 50: Azucena, BR, “La fecundación del espermatozoide”
- Figura 51: Dalia, CV, “Estoy embarazada”
- Figura 52: Lavanda, BR, “Barco Negro”
- Figura 53: Topacio, CV, “Barco de Jesús”
- Figura 54: Cristal, CV, “Soy el poderoso del mar”
- Figura 55: Ópalo, CV, “Barco para mi isla”
- Figura 56: Turmalina, CV, “Tierra de barco o barco de tierra”
- Figura 57: Jade, CV, “Libre cómo un pájaro”
- Figura 58: Perla, CV, “Pasado”
- Figura 59: Esmeralda, BR, “El día de mi muerte”
- Figura 60: Amarilis, BR, “Mi casa”
- Figura 61: Ámbar, BR, “Mi casa”
- Figura 62: Lavanda, BR, “Mi casa con jardín”

- Figura 63: Azucena, BR, “Calle de casas”
- Figura 64: Circón, BR, “Terremotos en Recife”
- Figura 62: Tulipán, CV, “La envidia”
- Figura 63: Hortensia, CV, “Mi casa es mía”
- Figura 64: Ópalo, CV, “El destino de un hombre”
- Figura 65: Ónix, CV, “Casa protegida”
- Figura 66: Cuarzo, CV, “La casa que quiero donar”
- Figura 67: Rubí, BR, “Mi amor del cielo”
- Figura 68: Aguamarina, BR, “Eu te amo”
- Figura 69: Begonia, BR, “Amor secreto”
- Figura 70: Flor de Lis, CV, “Yo y mi doctor”
- Figura 71: Lapislazuli, CV, “Bodas de amor”
- Figura 72: Orquídea, PT, “Amor en secreto”
- Figura 73: Girasol, BR, “La bruja en la ventana”
- Figura 74: Gardénia, CV, “Soy yo”
- Figura 75: Lavanda, BR, “Yo con tus pelos”
- Figura 76: Zafiro, BR, “Yo millonario”
- Figura 77: Coralina, BR, “Mi ángel de guardia”
- Figura 78: Jazmín, BR, “Adiós”
- Figura 79: Coral, CV, “No sé de nada”
- Figura 80: Begonia, BR, “La esperanza”
- Figura 81: Margarita, BR, “Desilusión de una mujer”
- Figura 82: Perla, CV, “Trabajar es el destino de un criollo”
- Figura 83: Amatista, CV, “Yo inventor”
- Figura 84: Amapola, PT, “Tiempo perdido”
- Figura 85: Malaquita, CV, “Comunicación no autorizada”
- Figura 86: Diamante, BR, “Huracán”
- Figura 87: Diamante, BR, “Fundo del mar”
- Figura 88: Diamante, BR, “Sangre del sol”
- Figura 89: Coralina, BR, “Trabajo de ropa nueva”
- Figura 90: Turquesa, BR, “Mi destino cómo paciente psiquiátrico”

Figura 91: Girasol, BR, “Mujer-Flor”

Figura 92: Crisantemo, CV, “Desenho”

Figura 93: Caléndula, CV, “Yo por la calle”

Figura 94: Topacio, CV, “Los hombres de ropa verde”

Figura 95: Cuarzo, CV, “Yo soy el mayor”

Figura 96: Cuarzo, CV, “Los vampiros de la noche”

Figura 97: Amarilis, BR, “Miedo de morir”

Figura 98: Ópalo, CV, “Miedo de morir”

Figura 99: Flor de Lótus, CV, “Miedo de morir”

Figura 100: Zafiro, BR, “Trabajo de Rey”

Figura 101: Magnolia, CV, “Mi hijo robado”

Figura 102: “Ahogada en la esquizofrenia”

Figura 103: Sin titulo

<i>Dedicatoria</i>	02
<i>Agradecimientos</i>	03
<i>Agradecimientos Especiales</i>	04
<i>Resumen</i>	05
<i>Resumo</i>	06
<i>Índice de Figuras</i>	07
<b>1. Introducción</b>	<b>13</b>
<b>2. El contexto del objeto de estudio</b>	<b>31</b>
2.1. Hablando de Ciencias Médicas con una perspectiva de Ciencias Sociales	31
2.2. Aspectos de la psicopatología cotidiana	38
2.3. Pinceladas acerca de la historia de la locura en Brasil	43
2.4. Pinceladas acerca de la historia de la locura en Cabo Verde	48
2.5. Pinceladas acerca de la enfermedad mental en Portugal	53
<b>3. El objeto de estudio</b>	<b>56</b>
3.1. Cultura y Psiquiatría: Una mirada Antropológica para la enfermedad mental	56
3.2. Algunos pasos por los caminos de la esquizofrenia	60
3.3. La valorización del delirio: Aspectos de la psicopatología delirante	67
3.4. Arte y delirio: un encuentro ancestral	80
<b>4. Los aspectos metodológicos</b>	<b>84</b>
4.1. Algunos territorios conceptuales	85
4.2. Objetivos	86
4.3. Metodología	87
4.4. Perfil de la muestra y de las instituciones de ejecución de la investigación	90
4.5. Recolección de datos	93
4.6. Aspectos éticos	93
4.7. Sujetos	94
4.8. Dibujo del estudio	94
4.9. Selección de los sujetos	94
4.10. Criterios de exclusión	95
4.11. Breve caracterización de los participantes del estudio	95

4.12.	Instrumentos	95
4.13.	Resultados	96
<b>5.</b>	<b>«La locura es una amenaza»<sup>1</sup>: cuando el imaginario invade la realidad y la pinta con sus colores</b>	<b>97</b>
5.1.	El role social de enfermo mental	97
5.2.	La enfermedad mental como hilo que teje la muerte social	102
5.3.	La Etnopsiquiatría y el decir de la enfermedad de diferentes maneras	105
5.4.	El sentido de la enfermedad y el sentido de su enfermedad para las personas enfermas	112
5.5.	La enfermedad mental como una metáfora de la historia de vida	124
<b>6.</b>	<b>«La locura es una fiesta»<sup>2</sup>: El arte de delirar con arte</b>	<b>130</b>
6.1.	Arteterapia: cuando la subjetividad puede ganar formas y colores	130
6.2.	Entre A Estructura dos Mitos, de Lévi-Strauss y los delirios (des)estructurados, de las personas que viven con enfermedades mentales	136
6.3.	Los cuentos como un camino para llegar a propia historia	140
6.4.	Artistas que vivían con enfermedades mentales: el arte como catarsis	144
6.5.	La imagen de la “sinrazón”	152
6.6.	Las colores de la naturaleza humana	156
<b>7.</b>	<b>«La locura es un misterio»<sup>3</sup>: Las imágenes delirantes que cuentan historias reales</b>	<b>163</b>
7.1.	Intersección de Imágenes: un encuentro de colores y símbolos	163
7.2.	Los delirios y la vida cotidiana	212
7.3.	Culturas diferentes, imágenes semejantes	215
<b>8.</b>	<b>Dé lirios a los delirios... a modo de conclusión</b>	<b>221</b>
<b>9.</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>235</b>
<b>10.</b>	<b>Anexos</b>	<b>244</b>

<sup>1</sup> (Bastide, 1977:237).

<sup>2</sup> Ídem. Ibídem.

<sup>3</sup> Ídem. Ibídem.

## I. Introducción

### Una ventana hacia el pasado: cartografía de la locura

*«Y lo que hasta ayer había sido un posible futuro,  
hoy no pasaba de un juego en la burbuja de cristal».*  
Ítalo Calvino, 1990

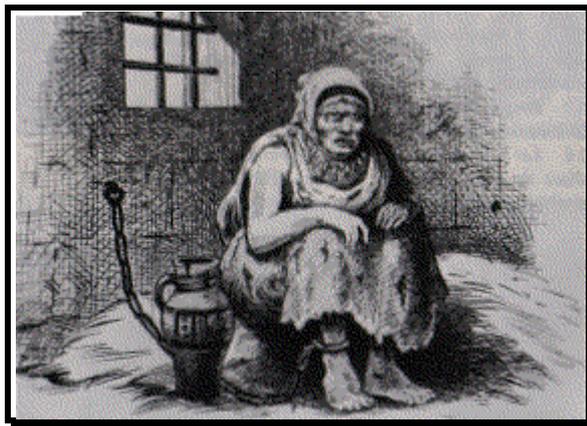
A lo largo de toda la historia, las enfermedades mentales fueron percibidas e interpretadas de distintas maneras, sea a partir de una mirada científica, metafísica, sobrenatural o religiosa. Desde el Nuevo Testamento, la 'locura' era considerada como una 'posesión de los malos espíritus' o un castigo de Dios sobre el hombre. Se buscaba la curación a partir de los conocedores de prácticas ancestrales, muy comunes en las culturas de las antiguas poblaciones.

Desde una remota antigüedad, rituales de interpretación de sueños, delirios y alucinaciones se ejercieron con el fin de proporcionar elementos de reinserción social, bajo las recomendaciones de los curanderos y sacerdotes a las personas chinas, indias, egipcias, griegas y persas. Utilizaban los mitos y fábulas para hablar de las verdades de la vida, el funcionamiento de las culturas y las sociedades, las normas de conducta y comportamiento y de los propósitos que deben ser perseguidos. Desde una remota antigüedad, las historias literarias han formado parte de la historia de la humanidad con todo el arsenal de su riqueza.

Pero desde la Edad Media (en los siglos V - XVI), se produce un fenómeno que cambia el imaginario social de las enfermedades, y no es otro que la lepra – gran vendaval que diezmó a miles de personas en Europa. El advenimiento de la lepra dio lugar a una ostentosa exclusión social, que se propagó por todo el Viejo Continente. Una de las imágenes que mejor ilustraron el impacto de la lepra fue el temor a la gente que "*no se ponía al lado sin hacer una burbuja en su alrededor como un círculo sagrado*» (Foucault, 2005:06).

Relátanos Foucault (2005) que en el mundo árabe, hospitales creados en el Siglo XII, donde llevaban a las personas llamadas 'locas', utilizaban la música, la danza, las narraciones de cuentos, el teatro como herramienta de intervención y curación del alma.

A partir de los siglos XVII y XVIII, aquellos tocados por la locura ya no se les consideraba humanos y los que presentaban comportamientos agresivos eran atados a las camas, paredes y pilares, como animales, con la intención de mantenerlos fijos, presos y con sus movimientos limitados para la conservación del orden. «*La animalidad que asola la locura despoja el hombre de lo que en él puede haber de humano, pero no para entregarlo a otros poderes, apenas para establecerlo en el grado cero de su propia naturaleza* (Foucault, 2005:151)».



*Figura 1: De un pintor anónimo, pintado en el siglo XIX  
Museo de la Historia de la Medicina, Paris.*

En gran parte de las culturas, la persona reconocida con incapacidad de acción y razón está privada de convivir con los dichos 'normales' o 'en posesión de las plenas facultades mentales', por eso, desde hace muchos años, se registra la reclusión en asilos, el alejamiento forzado en territorios vigilados y lejos de los medios sociales.

El modo de realizar esta separación y el consecuente confinamiento de los tocados por la locura ejerce influencia en el entorno social e igualmente en la manera de (des)valoración de estas personas por toda la sociedad de la cual hacen parte,

como una especie de castigo, de deuda social estigmatizada. Había una curiosidad en relación a la locura, ella despertaba algo sobre-humano, especialmente en los momentos de crisis, donde se creía que las personas entraban en contacto con lo sobrenatural, pero todo eso de una forma despreciativa, como señal de baja moral y necesidad de aislamiento social.

La historia del aislamiento de personas enfermas como medida de prevención, que empezó (ha empezado) con patologías de carácter infeccioso, ha contaminado la humanidad hacia el recogimiento de los ‘dueños de la sinrazón’, donde los primeros sanatorios para personas afectadas por la peste y por la lepra se convirtieron en espacios aislados de completo rechazo social.

A partir del Renacimiento, los ‘locos’ pasan a ser considerados personas peligrosas, tal como los criminales y los miserables. Con esta categoría de peligrosos, son excluidos de la sociedad e internados como todos los otros a-sociales que ensucian la ‘graciosidad’ de las calles de las ciudades. Sacar las personas enfermas de sus casas y de las calles para cerrarlas en casas designadas para ‘guardar’ la salubridad urbana las torna apartadas de sus hábitos y costumbres, de sus familias y amigos, cambiando su manera de vivir y teniendo que compartir su vida con personas que nunca has había visto y con las cuáles sólo le une la supuesta patología. Fue lo que Foucault (1995:78) llamó «*experiencia trágica de la locura*».

Pasaban los años y “el movimiento de exclusión” entraba por las puertas abiertas de las ciudades y poblaciones europeas. Los pobres, prostitutas, desempleados, reclusos y 'locos', todas las personas que no "encajan" en la reproducción del nuevo orden social, se fueron a vivir a instituciones cerradas, dejando la ciudad casi desierta, inhabitable y estéril, como si perteneciese a inhumanos (Foucault, 2005).

Después del Renacimiento se registra la psiquiatría como disciplina, cuyos conceptos se asientan en el Siglo XVIII. Las personas “con problemas mentales” (personas cuyo comportamiento no es aceptable para los defensores de la moral de la época) pasan a formar parte del rol de la atención médica.

Desde 1721 se encuentran referencias a personas diagnosticadas como ‘débiles mentales’ o ‘imbéciles’, siendo la imbecilidad su justificación asociada a tres principales enfermedades del espíritu: la furia, la manía y la melancolía, donde la imbecilidad podría ser consecuencia de prolongado sufrimiento, por sequedad o hemorragia del cerebro, por masturbación extremada, por consumo excesivo de bebidas espirituosas o por golpes y caídas. Después, la terminología se ha multiplicado en idiotez, flojedad, cretinismo y debilidad mental.

La concepción de demencia como una enfermedad curable no ha tenido ningún efecto hasta 1770 y sólo a partir de esta época han empezado a utilizar en el Bicetre (Paris) los tratamientos que, desde hace mucho tiempo, se desarrollaban en el Hotel Dieu (también en Paris), pero con poca repercusión (Foucault, 2005). Hasta entonces, la idea de posibilidad de curación de enfermedades mentales era considerada absurda, pues fuerte era la justificación de la enfermedad como un castigo de Dios, de manera que les era negada cualquier intervención de naturaleza rehabilitadora.

En la misma altura, el arte y la música dejaron de hacer parte de la programación de los hospitales para tratamiento de insanos, al mismo tiempo que los manicomios se convertían en locales de tratamiento moral y, para eso, la danza, el arte escénica, la narración de cuentos y la música eran vistos como formas de perversión de la sensibilidad, desreglamiento de los sentidos y cultivo de las ilusiones, es decir, eran vistos como productores de las enfermedades nerviosas y mentales (Foucault, 2005).

Con la Revolución Francesa, se presentaron otras ideas, coherentes con la organización económica y social de las poblaciones. Así, las personas previamente limitadas y excluidas, fueron ganando espacio en el mercado laboral y, finalmente, abandonando los asilos. Quedaran los llamados "locos". Permanecieran aquellos cuyas instituciones de internamiento los consideraron enfermos, “enfermos mentales” y, por lo tanto condenados al tratamiento bajo dominio de las ciencias médicas. De esta manera, el Estado se despreocupaba teniendo en cuenta las

actitudes expresadas en contra de él, sabiendo, por lo tanto diferenciar cuando conviene enviar los transgresores de la ley a la cárcel o al hospital psiquiátrico.

El 'loco' era ingresado no por ser considerado una persona enferma, todo lo contrario, era ingresado porque ya no podía formar parte de la sociedad (Foucault, 2005), al igual que las personas 'transgresoras' que tenían que ser exiladas. No se preocupaban por las crisis ni tampoco por el cuidado humano; la persona era encerrada lejos de la mirada de los que no querían ser testigos del incumplimiento del a orden publico.

El Psiquiatra francés, Dr. Henry Ey, durante mucho tiempo había intentado percibir la ideología subyacente a la alienación de las personas con enfermedades mentales e identifica a estas personas como extranjeras, como personas de otro mundo. De esta manera, mientras la ideología de la sociedad había estado impregnada fundamentalmente por la religión, al no pertenecer la persona con enfermedad mental a esta sociedad pertenecía al mundo sobrenatural. Pero, a partir de la Reforma y de la Ilustración, en el siglo XVIII, empezó desarrollarse la nueva ideología que tuvo su cenit en la Revolución Francesa, con la defensa de la libertad de la persona humana. Esta concepción influye también en la consideración del enfermo mental, ya que éste había perdido su libertad desde el siglo anterior, por lo tanto su destino ahora pasa a ser una cuestión fundamentalmente médica (Ey, 1952).

El psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1826) fue de las más altas celebridades que abogaron por el tratamiento exclusivamente médico de la locura postulando el aislamiento social del "loco" en nombre de la ciencia. Para él, las causas de la locura eran la inmoralidad, el exceso y el exagero y creía que moralizando el comportamiento, las conductas serian corregidas.

Pinel propugna el aislamiento como necesario para la aplicación de los reglamentos internos de guardia y observación de la secuencia de los síntomas para describirlos. Así pues, la actitud de Pinel de liberación de los enfermos mentales de las instituciones penitenciarias no les ofrecía una posibilidad de libertad, por lo contrario, a los enfermos mentales se les mete en el catálogo y se convierten en

objeto de conocimiento/discursos y de prácticas insertados en la institución de la enfermedad mental (Amarante, 1995). Desde entonces, los asilos llegaron a ser considerados como instrumentos de curación y no solamente de la exclusión y reclusión.

A la mitad del Siglo XVII «[...] el mundo de la locura se convierte en el mundo de la exclusión» (Foucault, 2005:78). Los mendigos, alquimistas, eclesiásticos infractores, las personas con enfermedades venéreas, los discapacitados, es decir, toda la gente que demostraba escapar de la línea de la razón, de la moral de la época y todos aquellos cuyos los reyes no querían punir públicamente eran confinados en estos asilos (Ídem).

A mediados del Siglo XVIII, con la Revolución Industrial, la necesidad de mano-de-obra hace (con) que la ociosidad, considerada como «pecado por excelencia» (Foucault, 1984:79) en la Edad Media pase a ser utilizada como justificación para el ingreso, siendo también utilizada como medida de cualificación entre salud y enfermedad de las personas llamadas (dichas) 'locas' y que ya no pueden ser valoradas más por su fuerza de trabajo.

El internamiento de una persona que vive con una enfermedad mental debe promover una nueva dirección a sus pensamientos y sus emociones, tratando de contener la enfermedad, el trastorno a partir de la cual ella, la emoción, puede ser la razón, y evitar el mal que puede hacer para sí y a los otros al permanecer en libertad. Se trata de que el enfermo cambie de hábitos, de estilo de vida, y se cree que la manera más efectiva es el encierro (Esquirol, 1838 *apud* Pessotti, 1996).

En esa altura no se tenía en cuenta la posibilidad de que la locura fuera a ser una enfermedad de la sociedad causada por incertezas, embotamiento de emociones, agitaciones y la propia clausura no apuntaba ni para la curación ni tampoco para una salida saludable. Los manicomios apenas edificaban un grupo social ya anteriormente excluido y viviendo bajo una jerarquía patriarcal, vigilante y opresora, donde las personas tenían que trabajar muchas horas del día bajo sol, lluvia, nieve y frío, pues solamente así si creía poder recuperarlas moral y socialmente.

La curación de la crisis y de la locura, en esta altura, consistía en vigorizar los sentimientos de dependencia y culpabilidad, en búsqueda de disminuir las pretensiones de las personas locas con la utilización de castigos y humillaciones, infantilizando y culpabilizándolas a favor de un fuerte control ético (Foucault, 1984).

En el terreno de la Filosofía, en esta misma época, René Descartes había establecido la incompatibilidad entre la 'locura' y el pensamiento (Pelbart, 1989), y la consecuente separación entre la 'sinrazón' y la sabiduría. Proponiendo el Método Científico, Descartes dio el primer impulso a la la científicidad que tenía como base la racionalidad y ambas son las fuerzas motrices de la ciencia hasta los días de hoy. Ha dicho Descartes (1999) que solamente a través de la razón, podemos conocer la realidad externa. Su método ha establecido la duda como presupuesto del trabajo, donde debemos dudar de todo, menos del acto de dudar y acreditar que solamente existe aquello que puede ser comprobado (Ídem).

Cuando se preguntaba «*Pero entonces, ¿qué soy?*» (Ídem, pp.262), ello mismo se respondía: «Una cosa que piensa» (Ídem, pp.261). Para Descartes, una cosa que piensa es una cosa que tiene duda, que niega y afirma, que quiere, imagina y siente también. «[...] *Yo pienso, luego existo* [...]» (Ídem, pp.62), era su primer principio. Era como decir que la persona que no piensa, no es considerada como persona, no existe como persona, aunque con todas las demás características.

En los albores del siglo XIX se comenzó a ver el hacinamiento en los manicomios, que estaban siempre localizados fuera de las ciudades. Los estudios en patología empezaron a requerir una constante búsqueda de causas orgánicas de la locura, desarrollando procedimientos médicos para su tratamiento.

Y fue en nombre de esta reciente "verdad" que el asilo se convirtió en anfitrión de un grupo de intervenciones a veces más — a veces menos violentas, donde la aplicación de los procedimientos de violencia y sufrimiento físico, para actuar en el cerebro del paciente, se convirtió en rutina, la llamada "terapia de rutina". El hospital psiquiátrico ya no funcionaba como instrumento de curación. ¡Ni como un instrumento!, se convirtió en el lugar donde una persona que vive con

la enfermedad mental es puesta, entregada, confinada para someterse a la diversidad de 'tratamientos físicos' (Pessotti, 1996).

Los siglos XVIII y XIX, con el desarrollo de la neurología y de la psicología, presentaron nuevas técnicas de tratamiento y una relectura en la descripción y categorización de las enfermedades. La Psiquiatría presentaba el hecho de que la estructura y función nerviosa figuraran dilaceradas como eje del comportamiento desorientado. Freud (1856-1939) al investigar los sueños, reconoció componentes psicológicos que aclararon muchas actividades inexploradas de la mente humana, especialmente cuando presentó el concepto del inconsciente. Así, él se ha convertido en un marco en la historia de la Psiquiatría y también de la Psicología y del Psicoanálisis.

En el siglo XX, la enfermedad repugnante y dilacerante sigue siendo la locura. Una enfermedad que viene acompañada de la reclusión, donde la persona ingresada quedase exilada, en un ambiente sanatorio que impone sus propias reglas, donde se acredita (y hoy ya gana fuerzas el movimiento para se decir acreditaba) que la persona tocada por la locura tiene que ser alejada de su rutina diaria. La idea de esta persona es que sea una criatura agitada, desordenada, de pasión extremada, alguien de exagerada sensibilidad para aguantar el horror del mundo vulgar y rutinario (Sontag, 1998).

Con el transcurso del tiempo seguían cambiando las formas de pensar acerca de la locura: sus causas y consecuencias. Sin embargo el manicomio sigue teniendo una filosofía invasora, castradora y violenta. El hospital psiquiátrico no es un "instrumento de curación" de la locura, sino que es una estrategia de exclusión de los enfermos mentales 'en nombre de la ciencia'.

A partir de la década de los años treinta del siglo pasado, empezaron las actividades de asociaciones de padres con hijos que presentan alguna deficiencia y, junto con acciones de beneficencia e iniciativas privadas se convirtieron en importantes promotores de la asistencia a estas personas aisladas, puesto que, a pesar de toda la preocupación, el aislamiento permanece como regla de tratamiento.

Y permanece hasta los nuestros días, pareciendo estar envuelto en un aire nebuloso, como humo mágico y ocultismo con fuertes rasgos de vergüenza que les mantiene aislados, parece funcionar como una especie de justificación para el hecho de olvidarse de cuidarlos con fines a su reintegración en la sociedad que les rechaza. Para eso, Foucault (2005) tiene una explicación memorable cuando dice que la sociedad nunca llegará a admitir a aquellos de cuya enfermedad se les considera culpables.

Fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando el mundo comenzó a darse cuenta de la necesidad de re-significar este tipo de tratamiento. Los propios psiquiatras empezaron a criticar la violencia y la exclusión de los manicomios, buscando unirse con otras ciencias - por ejemplo, las Ciencias Sociales – como una forma de cambiar actitudes para su práctica, y lograr que las personas en tratamiento también puedan participar activamente en su proceso de curación y bienestar; un movimiento para ofrecerles la recuperación y no sólo la exclusión.

La exclusión social se ha convertido en el mayor y más grave legado de la lepra, una herencia compleja, que requiere la ayuda de la sociología médica para erradicarla, indicando que la Medicina debe *«preocuparse de los seres humanos en su entorno y de sus inquietudes y emociones de la misma manera que de su patología»* (Freyre, 2004).

Ha sido necesario esperar hasta la primera mitad del Siglo XX para empezar a descubrir las neurosis y las psicosis en sus diferentes niveles de gravedad, para que los psiquiatras promuevan un movimiento de abrir las puertas de los asilos para curar las enfermedades mentales de las personas, no como gente apartada de la sociedad, sino como personas que conviven con las otras (Bastide, 1977).

Ya han pasado centenares de años y las sociedades llamadas ‘sanas’ permanecen clausurando personas con enfermedades mentales lejos de su campo visual, para que ni siquiera tengan que cruzarse en su itinerario rutinario. La estructura social aún no ha conseguido (¿y será que ha intentado?) convivir con la diferencia, en especial la diferencia presentada con los hábitos de la locura y el retrato más evidente de este rechazo es el mantenimiento de los asilos y

manicomios. A través de la historia, la humanidad ha mostrado su incapacidad de acoger a las personas no productivas, sea por una enfermedad mental o por alguna otra diferencia incluso física y, para ello, se multiplican la creación de instituciones que las ‘guarden’, sea en las condiciones que sea), humanamente posibles o no siempre...

Hay una gama de factores que constituyen estos manicomios como la única posibilidad para la resolución de una grave cuestión: el hecho de tener una persona con enfermedad mental en casa. Es probable que para algunas personas, el internamiento esté plenamente justificado, cuando hay inexistencia de familiares directos o próximos, o (mismo) cuando la persona enferma hace uso de mucha agresividad, sobretodo física y también cuando la persona enferma vive bajo total dependencia de alguien, lo que resulta (faculta) una carga demasiado pesada para la familia. En estas ocasiones, el internamiento se presenta como la solución ideal.

Pero lo que es más común es la opción de internamiento basada en una ‘invisible’ inaceptación de la persona enferma mental en casa y no raras veces la familia presenta un sentimiento de culpabilidad por el rechazo, otras veces viene justificado por el desajuste del núcleo familiar, aunque la persona enferma sea o no responsable directo de esta inestabilidad.

Carl Gustav Jung, psiquiatra suizo, discutía acerca de la dogmática Medicina de su época y, a partir de sus teorías, la Psiquiatría profundiza su conocimiento en el trastorno mental, pues consideraba la existencia de la psique más allá de las bases anatómicas del cerebro, guardando fracciones de una vida tenebrosa, que le daba pistas de su existencia a partir de la conversación desconectada, de la observación del comportamiento e investigación de la historia de vida de sus clientes. Jung percibió que la esquizofrenia revela los fundamentos de la psique y que los símbolos colectivos encontrados en dibujos hechos en su consultorio componían la estructura fundamental de la personalidad. «*Para interrumpir ese proceso, basta inducir la mente del paciente hacia fuera del inconsciente, solicitando que represente su situación psíquica en un dibujo o un cuadro, afirmando que la pintura es aún más eficaz en la medida en que el sentimiento se exprime a través de los colores*» (Jung, 1986:142). A partir de esa técnica de utilización del arte en el proceso terapéutico, Jung creía que la persona era capaz de concretizar su

caos interior de aquel momento y solamente así, poder mirarlo desde fuera; entonces sería posible tomar conciencia de lo que se estaba pasando y despacio empezar a suavizar la tirantez de la imagen amenazadora que le causara tensión y angustia.

La enfermedad mental reside justamente en una perturbación de la representación. Cuando el pensamiento enferma, pierde el poder de hacer analogías y así, los símbolos pierden su sentido -- cuando es el sentido lo que da al símbolo la competencia de símbolo. Es la cultura quien define tanto el hombre pensante como la salud mental y «el *homo sapiens* es, al final, un *animal symbolicum*» (Durand, 2000:55). Las cosas no son nada más que ‘símbolos’ y existen por la representación que el pensamiento les confiere y sobreviven por el sentido del que están impregnadas.

La locura es considerada una especie de asimetría: un fracaso o hiperintensidad de la voluntad. La persona enferma mental es considerada substancialmente vulnerable y repleta de voluntades autodestructivas. Los profesionales Psi insisten en devolver la salud a estas personas a través de una misma fórmula: estar en un ambiente alegre, alejarse de las tensiones familiares, seguir una dieta sana, ejercitarse y reposar (Sontag, 1998).

En todo el mundo hay más de 450 millones de personas con trastornos mentales, y muchas más con problemas mentales. La mala salud mental puede tener distintas fuentes de carácter bio-psicosocial. El carácter biológico está ligado a factores genéticos, a la inestabilidad bioquímica del organismo. Los factores psicológicos hacen que una persona sea más frágil a los trastornos mentales. Y en relación a los factores sociales, éstos están asociados a cambios sociales rápidos, malas condiciones de trabajo, exclusión social, riesgos de violencia, etc. Se calcula que un cuarto (1/4) de la población mundial sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida. Estas perturbaciones son causa de una elevada mortalidad y discapacidad, y representan un 8,8% de la carga de morbilidad total en los países de ingresos bajos, y un 16,6% en los de ingresos medios. En 2030 la depresión será la segunda causa de carga de morbilidad en los países de ingresos medios, y la tercera en los de ingresos bajos (OMS, 2010).

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y está apta de hacer frente al estrés común de la vida, de trabajar de manera productiva y de apoyar a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base del bienestar individual y del funcionamiento vigoroso de la comunidad (OMS, 2010).

El estigma que pesa sobre los trastornos mentales y la discriminación de los enfermos y sus familiares dificulta el acceso de las personas a la solicitud de un servicio de atención de salud mental. Añadiendo a este estigma la discriminación, los servicios de salud pública, en general, tienen dificultades para ofrecer una mejora en la disponibilidad de servicios. Entre estas dificultades está, por ejemplo, la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública, dificultando la financiación de proyectos en este ámbito; la no integración de la salud mental en la atención primaria, haciendo que la detección de los síntomas sea tardía; la insuficiencia de recursos humanos para la atención de salud mental y la propia falta de iniciativa en el campo de la salud mental pública, con la clásica excusa de que no hay dinero disponible, ni tampoco las personas con discapacidades son incluidas en programas generadores de ingresos y pocas reciben beneficios sociales relacionados con su enfermedad.

Y cuando el hombre no comprende a la persona que vive con una enfermedad mental como un semejante, siente la necesidad de eliminarla, incluso de su campo visual. De ahí el rechazo de contacto y remisión al hospital psiquiátrico, donde, después de haber sido desfiguradas, difícilmente volverían a ser reconocidas como humanamente semejantes. Desde siempre la figura del ‘ex-loco’ no está más allá de las líneas de la utopía. Y es alejándose de ellos cuando el hombre perderá su proximidad, en el movimiento de evitar la posibilidad de que un día ésta sea su imagen en el espejo. Una acción que, en el silencio de una tumba, el hombre finalmente se aleja de su similar, ya que niega la familiaridad con el propio hombre.

El propio sufrimiento, a lo largo de los años, ha cambiado su valor, su reconocimiento, pasando del pago de una deuda con Dios, la manifestación de la poca fé a ser el reconocimiento de una deuda con el propio hombre, donde todo el

mal que se hace, tiene su retorno y con el dolor se paga. En el territorio de la locura, esta también ha sido la interpretación religiosa para el sufrimiento, donde la persona que ‘enloquece’ es vista como la que no merece la felicidad en relación a las otras personas – o que la merece en menor grado. Que cada persona sólo aprecia de la vida lo que le corresponde, sea en relación al sufrimiento, sea en relación a la felicidad.

*«Es indudable, que la valoración del sufrimiento en la ética religiosa ha sufrido un cambio característico. [...] La disposición primitiva frente al sufrimiento se puso de manifiesto de la manera más drástica en las festividades religiosas comunitarias, fundamentalmente en el comportamiento hacia aquellos afectados por una enfermedad y otros casos de desgracias recalcitrantes. Las personas constantemente doloridas, enlutados, enfermas o desventuradas en algún respecto eran juzgadas, según la índole de su sufrimiento, o bien como poseídas por algún demonio o bien como incursas en la ira de algún dios al que habían injuriado. Admitir a esas personas en el seno de la comunidad de culto podría resultar pernicioso para ésta. En todo caso, se les impedía participar en las festividades y sacrificios del culto, ya que los dioses no deseaban su presencia y ésta podía estimular su ira. La interpretación religiosa del sufrimiento, como signo de antipatía frente a los dioses y como señal de culpa secreta, ha satisfecho, desde el punto de vista psicológico, una generalizada necesidad» (Weber, M, 2006:7-8).*

Es necesario realizar algunas consideraciones acerca del término ‘locura’ que no puede ser confundido con un diagnóstico psiquiátrico, pero es utilizado por el censo común para aludir a la anormalidad, a personas que tienen una manera diferenciada de actuar, aplicado cuando son percibidos comportamientos sociales desiguales a los comportamientos generales socialmente aceptados dentro de una determinada cultura. Para la Medicina, el término psicosis es el que define la pérdida de sentido de la realidad y consecuente construcción de una realidad paralela a través de delirios y alucinaciones. Por lo tanto, ‘loco’ no es un concepto médico, pero es una forma que el conocimiento general eligió para definir personas con comportamientos sociales reconocidos como desapropiados. En este trabajo, utilizaremos el término locura también para hablar de la enfermedad, pero en relación a una mirada más social que biológica.

*«La locura es una revolución permanente en la vida de una persona» (Cooper, 1978:35).*  
Por lo tanto, se vuelve cada vez más evidente la importancia de considerar la

situación psicosocial de las personas que viven con una enfermedad mental y desviar la atención sólo de su enfermedad, mirando su historia de manera holística. Es necesario fijarnos en sus antecedentes familiares, sus relaciones de afecto, su entorno sociocultural, sus costumbres y rituales, las cuestiones «*más relacionadas con su salud y no sólo con sus enfermedades*» (Freyre, 2004:23).

Las enfermedades mentales, además de las consecuencias fisiológicas de la enfermedad misma, traen una gran cantidad de consecuencias sociales, donde la más grave es la soledad a la que son sometidas las personas por abandono. Entonces el sentimiento de culpabilidad, la melancolía, el desequilibrio de la voluntad, los trastornos que fomentan variaciones de la personalidad... todo esto aleja las personas que antes estaban cercanas y la soledad parece proponer que estas enfermedades conquisten cada vez más espacio para comandar la vida humana.

Hoy mismo y a pesar del avance de la Medicina y sus publicaciones e informaciones sobre las enfermedades mentales, las ideas de hechicería, el mal de ojo, de pecado, la posesión del demonio y la brujería se mantienen vivas; la cultura presenta una cierta resistencia a la concepción médica de enfermedad y nosotros, como profesionales de salud, tenemos un largo camino para esclarecer cuestiones sobre la enfermedad, sobre todo lo referente a las familias de los enfermos.

A partir de algunas cuestiones que aún me inquietan, sea como Psicóloga o como Socióloga de la Salud, añadiendo mi voluntad de comprender la realidad de las personas que viven con enfermedades mentales, creo que es oportuno utilizar una mirada antropológica para abordar este universo tan estudiado, pero aún tan lleno de misterios. Fundamentalmente se trata de tener una nueva oportunidad para leer sus actitudes en especial las referentes al contenido de los delirios, tan desacreditados y que dicen tanto de su realidad - aunque sólo unos pocos tienen la oportunidad de percibirlos en su “complejidad”.

Para ayudarnos en esa comprensión, vamos a buscar en el arte herramientas de acceso al inconsciente y que puedan apuntarnos el camino que nos haga llegar a los delirios, a ese puente entre el mundo subjetivo y objetivo, inconsciente e

consciente de personas que viven con enfermedades mentales, donde el arte puede funcionar como una tentativa de equilibrio entre estos dos mundos que les son tan comunes y así ofrecerles una posibilidad de expresar sus sentimientos bien como posibles interpretaciones del mundo que les rodea.

Como trabajaremos con dos culturas, la brasileña y la caboverdiana, vamos a buscar aportes en la etnopsiquiatría para dar sustentabilidad a la multiculturalidad que impregna el mundo de la locura en distintos contextos culturales.

La legitimidad de la etnopsiquiatría está en el reconocimiento de la diferencia entre las personas. Este trabajo propone otra mirada sobre la etnopsiquiatría, donde las dimensiones del hombre ganan igual importancia cuando buscamos conocer el sentido que dan a su enfermedad (el sentido más que su causa), a sus planes y esperanzas de vida, sus sueños y sus miedos, a sus universos existenciales.

Sabemos que el sufrimiento es universal, es parte de la condición humana y lo que nos proponemos es un paseo por el camino del sufrimiento causado por los delirios, conociendo su estructuración, su expresión y sus reacciones frente a este problema. Y siendo una de las funciones de la cultura tornar lo real tolerable, protegiéndonos a partir de diferentes posibilidades de defensas y significados presentamos los delirios como una idea que, estando errada de acuerdo a los parámetros de una cultura, al mismo tiempo no es determinada por ella, es decir, incluso en distintas culturas, el contenido de los delirios encuentran caminos semejantes, mostrando que estos traen contenidos también universales porque son inconscientes, de las entrañas de la naturaleza humana, donde la cultura puede tocar, pero donde no predomina.

Hay un mestizaje de universos donde está asentada la etnopsiquiatría, un mestizaje de cuadros, aunque de una misma enfermedad, aunque obedeciendo a una codificación universal.

En este trabajo, caminaremos por los caminos de la psicosis, específicamente de la psicosis esquizofrénica o esquizofrenia, de manera que podamos conocer un poco las ideas delirantes inherentes al diagnóstico de esta enfermedad, sea en

personas de Recife (Brasil) sea en personas de Praia (Cabo Verde). También pensamos en hacer un estudio, de menor grado (con un número menor de personas y en un tiempo más corto) en una civilización más antigua que podría presentarnos quizá una realidad diferente. Para ello, hemos elegido Portugal, de manera que trazamos un puente con la Península Ibérica, construyendo entonces un trayecto de Iberoamérica con pasaje por África, con el objeto de enriquecer nuestra investigación

No de manera distinta de otros diagnósticos, personas con esquizofrenia son rotuladas con sellos de incredibilidades, de imposibilidades, de incapacidades sin al menos conocer a cada una de ellas. Las charlas sobre estas personas, por lo general, traen involucrados conceptos como la piedad, el lamento por las discapacidades. Y no tardan en aparecer los mote: el perezoso, el rabioso, el impaciente, el mal-ejemplo, el atolondrado. Ésta no pasa de una percepción pobre, pero fuertemente común, cómo una especie de conclusión conjunta.

Después de un ingreso o de una crisis, las personas que viven con esquizofrenias pasan a llevar el estigma de la incapacidad, oscilando entre momentos de inhabilidad social y dependencia de otras personas en la realización de las actividades más comunes de la vida diaria.

En sus delirios y alucinaciones, inconscientemente buscan alivio, fuga, ánimo y muchas veces son estos delirios y alucinaciones las que les arrojan a la oscuridad. La ruptura de la senda común del pensamiento les propone una vida repleta de complicaciones y ausencias que muchas veces son comprendidas cómo debilidad, cobardía, testarudez, aburrimiento.

Muchas veces no cuentan con la ayuda de familiares, el dinero no resuelve, el talento no cuenta, el tratamiento no se sigue adecuadamente. Si éstos funcionan para algunos, infelizmente esta no es la regla general y las personas acaban siendo consideradas según los mote impuestos. A veces son usados para justificar desajustes familiares a través de discursos vacíos y amenazas autoritarias que evidencian lazos fraccionados, la vida abreviada, la solidaridad desintegrada. Muchas

veces hasta expuestos como un tótem, un emblema que asegura con cualquier argumento la razón de la infelicidad y la intranquilidad familiar a partir de ahora.

No siempre se percibe el momento en que la enfermedad les toca. Es confuso oír voces, pero lleva tiempo el percibir que eso no le pasa a las otras personas y cuando aquellas voces ordenan o atemorizan es que se busca ayuda para reordenar una lucidez que ya se fragmentó hace tiempo. Y no siempre la primera ayuda es la ayuda médica, ni siempre las personas se dan cuenta que están delante de una enfermedad. ¡No! Muchas veces, el curandero, el hechicero, el Padre o la Madre-de-Santo, el Maestro-espíritu, el Pastor del Templo son reclutados como las únicas posibilidades de salvarles la vida, con la creencia de que han sido víctimas de malo-de-ojo, hechizo de venganza o envidia, o que tienen deudas con los cielos por algún pecado o que hay un espíritu-malo pegado en su cuerpo. Pocas veces la aparición de los indicios se percibe en el inicio de la enfermedad y todo este tiempo de espera hace que los síntomas crezcan al nivel de dominio de la mente y comprometiendo la vida social de quién desobedece, incomoda y muchas veces tiene conciencia de su paulatina autodestrucción.

La esquizofrenia es una enfermedad individual, así como individuales son los delirios que surgen con ella. Dos personas con el mismo diagnóstico pueden tener manifestaciones distintas, en grados de comprometimiento distinto y, especialmente, presentar delirios también distintos. La máxima que proclama que ‘cada cabeza es un mundo’ puede ser reconocida cuando hablamos de esquizofrenia, cuando hablamos de los delirios del descontrol y sus prejuicios extremos.

En este trabajo hablaremos de los delirios de las personas con esquizofrenia, pero no hablamos de un delirio singular en especial, y sí de la colectividad de los delirios, de la colectividad del acto de delirar, como hablar de delirios múltiples, o sea, compartidos por múltiples personas. Muchas veces no sólo las personas escuchan frases semejantes cuando se encuentran en un proceso de delirio, sino que también pueden mirar imágenes similares en su imaginario, con colores, formas y símbolos afines. Así, como pasa con los mitos presentados por Lévi-Strauss, podremos establecer una comparación intercultural a partir del hilo de la

estructuración, los personajes, los escenarios, los cuales unas veces pueden presentar características reales y otras veces no.

Al delirar, las personas desafían las buenas costumbres, pareciendo desconocerlas, flirtean con el abismo. A veces parece que cuanto más desorientada esté una persona, más fuera de su eje, mejor para las que le observan y se ‘divierten’ con las manifestaciones de su enfermedad. La compasión pone a las demás personas en una posición de superioridad y no siempre es posible ser testigo de la solidaridad de amparar alguien que necesita ayuda.

Vivimos en un mundo donde aún se necesita evolucionar mucho para merecer la titulación social de humanos. Un mundo donde somos solamente biológicamente humanos, porque socialmente aún nos toca la deshumanización. No es posible reír ni aplaudir la destrucción de una persona y podemos ser espectadores de escenas de este tipo sin necesitar ir muy (andar para) lejos. La falta de respeto y la insensibilidad aún están fuertemente presentes en la raza humana sin que el sentido de humanidad nos toque de la misma manera.

Así, la enfermedad mental de una persona representa estigmas, conceptos rasos y simplistas, dando poca importancia a la persona más allá de su enfermedad, su historia de vida, su singularidad y todo el inventario de predicados que traiga consigo. Lo que se queda marcado es la piedad que llega como pedradas, lamentando lo que haya pasado, la persona que no volverá a ser, arruinando su interior en un estado aún peor, alimentando sus angustias, su desamor, sus descreencias, sus arrepentimientos.

El peso de las inhabilidades involucradas con estas personas es tan fuerte que las mantiene sujetas a él. Solamente les queda delirar y pasar a convivir con este mundo paralelo creado por un imaginario sofocado por las manos de una realidad que aniquila, fija, reduce y castra.

## 2. El contexto del objeto de estudio

### 2.1. Hablando de Ciencias Médicas con una perspectiva de Ciencias Sociales

*«Como invocan espíritus los que invocan espíritus,  
me invoco a mí mismo y no encuentro nada.»*

Tabaquería, Fernando Pessoa

Por definición, aunque parezca una redundancia, lo normal es lo que es conforme a la norma. Sin embargo la realidad es más complicada pues cada civilización, sociedad, cultura y subcultura tiene sus propios regímenes, sus propias normas y lo que a veces puede ocurrir es que se considere algún caso como patológico en una cultura cuando en otra se percibe como normal. Es necesario tener en cuenta que, aunque los marcos de referencia de las enfermedades y las acciones relacionadas con ellas forman parte del mismo sistema de normas de una sociedad, su valoración y su interpretación tengan un carácter muy propio, no son universales.

Consideramos que una actitud normal es una acción buena, aprobada por el grupo de acuerdo a sus ideales y favorecedora de la salud colectiva de esta comunidad. Es normal que las actitudes buenas sean las deseables, pues así se encadenan las ideas de normalidad, sanidad y de lo bueno frente a anormalidad, lo patológico y lo malo que son los destructores del equilibrio de la sociedad.

Es importante no juzgar las actitudes de otro sistema social a partir de un sistema de valores propios de una comunidad o sociedad, pues se corre el riesgo de interpretar a los actores y a los hechos a partir de un punto observable, confinándoles dentro de un modelo pre-establecido como ideal de comportamiento propio de otro grupo de personas.

Con la propuesta de comprender estos modelos, los sistemas de valores propios de cada comunidad, surge la Antropología y el Antropólogo como actor de esta búsqueda, con una misión que debe ser alimentada con comprensión y ética. *«El antropólogo, para serlo realmente, tiene que invertir su tiempo husmeando, con la avidéz insaciable del 'bloodhound', la diversidad del múltiple Otro, para ello, necesita del ojo del águila que todo lo ve y del oído del perro pastor que tan bien escucha. Su misión es seguir el rastro de Humanidad que ha cobrado en la aprehensión inmediata de lo visto (acción), oído (palabra) y vivido»* (Tolosana, 1983:9).

Dentro del territorio de la salud y enfermedad, la Antropología de la Medicina, que ha nacido a partir de la constatación de un hilo inexorable que entrelazaba las enfermedades y su curación con las culturas y sociedades humanas, ha percibido que las teorías acerca de las más diversas enfermedades, desde su etiología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y curación, sufren variables a partir del conjunto de creencias, valores y costumbres de distintos grupos sociales. De esta manera, a partir de los estudios de la Antropólogos de la Medicina, como W. Rivers (1924), por ejemplo, las creencias de pueblos dichos 'primitivos' acerca de la salud y enfermedad dejan de ser miradas cómo irracionalidades y ganan el respecto de teorías que tienen sentido dentro de aquella trama cultural. De la misma manera, pueblos de una sociedad o que vivieron en un determinado momento histórico no pueden ser comparados con los pueblos de otra sociedad o con pueblos que vivieron en momento histórico distinto, si cada uno atribuyó diferentes significados a sus elementos en sus medios socio-culturales, pues lo que es legítimamente malo y dañoso para un grupo social puede no serlo para otro.

Un buen ejemplo de ello son los estudios etnográficos de Evans-Pritchard (2005) acerca de teorías de orígenes de desgracias individuales, incluso las enfermedades, ligadas a acusaciones de hechizaría. En esta obra, nos muestra que para la población Azande, toda enfermedad, así como la mala-suerte individual son resultados de un hechizo realizado por otra persona. Su estudio muestra cómo esta creencia refleja una estructura de poder y las divisiones dentro de una sociedad. Así, la creencia en la hechicería ha dejado de ser percibida como resultado bizarro de una mentalidad 'primitiva', para considerarse una expresión cultural de una compleja

realidad, donde los conflictos socialmente estructurados se expresan y solucionan a través de una compleja interacción socio-política.

Para Rivers (1924), las teorías de las que hemos hablado anteriormente, como las explicaciones que tienen sentido en una determinada sociedad, pueden actualmente ser agrupadas en tres categorías básicas de “medicinas tradicionales o populares” y son las siguientes: *la categoría humana*, es decir, la que incluye creencias acerca de que dificultades y conflictos en las relaciones humanas y sociales en general son factores causantes de enfermedades. Surge de esta categoría las creencias en el mal-de-ojo, hechizo, maldición, envidia y que los modos de vida y de trabajo también tienen efectos dañinos sobre la salud. *La categoría espiritual o sobrenatural* abarca creencias de que espíritus o entidades sobrenaturales pueden ser causantes de enfermedades. Estas creencias están ligadas a prohibiciones y preceptos de orden moral. Y la tercera categoría es la *categoría natural*, que envuelve las creencias de que agentes naturales como microbios y agentes tóxicos también pueden originar enfermedades.

*«El arte de estas sociedades es de alguna manera más racional que la nuestra, en la medida en que sus modos de diagnosticar y tratar siguen más directamente las ideas referentes a lo que ha causado cada enfermedad»* (Rivers, Ídem:52).

Hoy en día ya no es posible concebir la salud, la enfermedad y los procesos de curación sólo a partir del Paradigma de las Ciencias Médicas, sino también – y principalmente – por el Paradigma de las Ciencias Sociales; éstos deben ser percibidos como fenómenos biológicos, por supuesto, pero también psicológicos, sociales y culturales. Cada vez más, los profesionales de la salud son receptivos al paradigma de las Ciencias Sociales, percibiendo que el Paradigma Biomédico sólo no es suficiente para incluir toda la problemática de las enfermedades mentales y menos para encontrar buenas soluciones para la persona que vive enferma (pues el modelo Biomédico omite la importancia de una lectura más completa de la historia de vida a partir de las dimensiones sociales, culturales y espirituales relacionadas con la salud, las enfermedades y también con sus tratamientos y la curación).

Una posible explicación se basa en las teorías del relativismo cultural que, a partir de la comprensión de las costumbres y del funcionamiento de una cultura, comprenden la relatividad de las conductas normales y patológicas. Dentro de ese paradigma, son notables los trabajos de Ruth Benedict (1934), cuando nos presenta que algo que en las culturas occidentales es considerado patológico, puede ser considerado común en otra sociedad y vice-versa, contribuyendo a la disminución de la teoría médica, por ejemplo, de la suposición de una objetividad universal de los cuadros mórbidos.

De esta manera, cuando se mira con una mirada socio-antropológicas a la persona con enfermedad mental, nos acercamos más a su historia, no solamente de la enfermedad, sino también de su salud, de todo lo que compone su vida. Además, seguramente, se está también contribuyendo a una mayor humanización de los cuidados de salud –lo que debería ser la meta de todo trabajo en este sensible territorio humano. Precisamente ese es el rol de la Etnopsiquiatría. *«Etnopsiquiatría es una ciencia decididamente pluridisciplinar ya que comprende un conjunto de conceptos fundamentales que proceden de la psiquiatría (el normal y el patológico) y de la etnología (las categorías universales de la cultura)»* (Laplantine, 1978:16).

Dentro de las teorías podemos encontrar un punto de vista objetivo y otro subjetivo de las enfermedades casi “separados por una pared”. Dentro del primer bloque actúan las Ciencias Médicas con la aprehensión, definición y curación de las enfermedades. Y dentro del segundo, actúan las Ciencias Sociales, con el fin de investigar cómo la enfermedad y el enfermarse están entendidos, valorados y descifrados por una cultura, una comunidad, una clase y un grupo social.

De esta manera, la Sociología de la Medicina, por ejemplo, ha dirigido su atención al comportamiento social relacionado a la enfermedad, especialmente al malestar que de ella se desprende. Dicha disciplina presenta una interpretación de los diferentes modelos de comportamiento que van cambiando según las costumbres sociales de una comunidad. En los estudios sociales del malestar se da por hecho que la aprehensión subjetiva del individuo sobre los síntomas de malestar le conducen a la posibilidad de enfermedad y a la búsqueda de cuidados médicos.

Los profesionales de salud, en su mayoría, no están interesados por las interpretaciones del contenido más social y antropológico de la salud y de la enfermedad y desprecian claramente las prácticas de conocimiento tradicionales vinculadas a la enfermedad y a la curación, la llamada "medicina tradicional" o "medicina popular".

Las pruebas y exámenes de rayos X no nos hablan del desajuste social, ni nos hablan del abandono. Tampoco se sabe qué repercusión iba a tener si lo dijese. Porque éstas son señales que parecen no interesar tanto a las familias y a muchos de los profesionales de salud tan preocupados con las estadísticas y males comprobados en laboratorios. Tal vez por eso la humanización de los cuidados de la salud sea siempre tan deseada y tan difícilmente sentida.

*«Ninguna contribución más importante por parte del Antropólogo o del Sociólogo para la formación del Médico moderno que la capacidad de tornar este Médico, desde estudiante, sensible a los elementos psicosociales, en una ciencia como la médica, en numerosos casos, también de arte. De tal manera arte [...] que el Médico necesita saber más que la Medicina e intuir y no solamente conocer. Incluso de reconocer que la enfermedad puede despertar en personas enfermas una creatividad o una sensibilidad que les faltaría se fuesen siempre monótonamente saludables»* (Freyre, 2004:185).

Siendo la Antropología la ciencia que estudia la cultura, al hombre como ser cultural y a la producción cultural, la Antropología Médica o la Antropología de la Medicina está ligada a la Antropología Social y Cultural, que en la década de los setenta del siglo pasado se consolidó con la presencia de investigadores interesados en trabajos etnológicos: dichos trabajos buscaron explicaciones y definiciones para la universalidad de las enfermedades, en especial de las enfermedades mentales.

Goffman (2005) nos presenta un importante estudio acerca de las personas con enfermedades mentales residentes en hospitales cerrados, donde muestra el rol social del las personas enfermas en estos locales establecido por el propio orden institucional, de manera que la persona enferma no tenga espacio para desviarse de las 'leyes' institucionales imperativas, siguiendo un camino de 'mortificación

continua del yo' para dar lugar a una 'nueva identidad' de enfermo, donde sus comportamientos, aunque los considerados comunes en otros ambientes, allí asumen perspectivas patológicas.

Mientras, las personas desarrollan un comportamiento completamente compatible con el contexto despreciador que en estas instituciones se les obliga a vivir, lo que nos hace pensar que allí no están personas carentes de lucidez, pero sí carentes de autonomía y privacidad.

Si indagamos en la historia, apenas el paradigma biomédico era considerado válido -no lo eran los factores sociales y culturales- ya que se acercaba a la enfermedad con una mirada individualista, oyendo y callando sus síntomas. Ésta es la perspectiva de quien mira únicamente la enfermedad y desprecia la subjetividad de la persona enferma y el eco que una dolencia puede provocar en una familia, en una comunidad.

*«Las nociones de cuerpo, enfermedad y salud son construidas social y culturalmente, teniendo el antropólogo que buscar su sentido acercándose a las personas que los utilizan como único medio capaz de comprender las estrategias sociales en el proceso de mantenimiento y rehabilitación de la salud» (Pereira, 1993:159).* De esta manera, es posible decir que en las sociedades humanas, las creencias, los modos de vida, los hábitos y las acciones relacionadas con cuestiones de salud y enfermedad son características de una cultura y que cada complejo cultural definirá sus particularidades relativas a salud, enfermedad y curación de sus individuos, ya que éstas son construcciones sociales, como la muerte, los rituales fúnebres y los ritos de paso, que se perpetúan a través de las distintas generaciones.

La perspectiva que la persona enferma tiene acerca de su enfermedad está ligada a su historia de vida, a su experiencia subjetiva, a sus interpretaciones sobre la génesis y a los significados de sus síntomas dentro del contexto de su vida social; y dentro de este contexto están presentes variables biológicas, psicológicas, sociales, culturales y también espirituales que deben ser percibidas y comprendidas por el médico para un mejor procedimiento que conduzca a la curación.

*«En el paradigma biomédico del occidente, enfermedad significa mal funcionamiento o mala adaptación de procesos biológicos y psicológicos en un individuo; mientras enfermarse representa reacciones personales, interpersonales y culturales además de la enfermedad y del malestar, imbuidos en complejas relaciones familiares, sociales y culturales. Como la enfermedad y la experiencia de enfermedad hacen parte del sistema social de significaciones y reglas de conducta, están fuertemente influenciadas por la cultura y por ello, socialmente construidas» (Kleinman, 1992:252).* Por tanto, la salud, la enfermedad y su tratamiento son parte de un mismo sistema cultural y deben ser percibidas a partir de sus relaciones recíprocas.

En el lenguaje de la Medicina, cuando hablamos de enfermedad, no hablamos de una enfermedad específica, sino de un concepto, el concepto de un modelo científico reconocido para describir este evento. En el momento del diagnóstico, cuando se dice que una persona está con una determinada enfermedad, se le atribuye una serie de características que se atribuyen a esta condición, a esta patológica entidad designada por ese determinado nombre.

La enfermedad no puede considerarse como la identidad de la persona enferma. La enfermedad tiene para la Medicina la función de ser una herramienta de medición y clasificación. Los conceptos se fijan para la enfermedad dentro de un idioma particular, el llamado 'lenguaje médico', como por ejemplo, el nombramiento de un hígado crecido es hepatomegalia, una enfermedad en el corazón se dice cardiopatía y por lo tanto, se consigue establecer un lenguaje general entre los médicos de distintos países.

A cada síntoma de la enfermedad se le asigna un sentido, un significado. Freud fue más allá y también les dio un objetivo. Al ser recibida por el médico, la persona enferma enumera sus quejas y el médico las convierte en los signos de la enfermedad que sugieren, lo que le está pasando en ese momento, y, a través de la escucha clínica, el médico empieza la construcción de lo que se llama 'anatomía patológica' que, con la ayuda de las pruebas pueden llegar a un concepto nosográfico, es decir, el concepto común, el lenguaje general de la medicina del que antes hablamos.

Por lo tanto, la búsqueda del diagnóstico médico se realiza entre la cama del enfermo y la biblioteca, ya que para esta actividad tan compleja, el principio fundamental de todo el tratamiento, no conviene sólo comprender al hombre en sufrimiento, sino buscar sistematizar la descripción de quejas, tratando de ajustarlas a los parámetros médicos, relacionando lo que leen y escuchan y estableciendo criterios de medición para la clasificación.

Si se comprueba su viabilidad científica, el nombre de una enfermedad puede cambiarse o extinguirse, ya que este nombramiento se efectúa para codificar el conjunto de síntomas ya clasificados por la Medicina y, por tanto, propone un rápido enlace entre el código (nombre de la enfermedad) con sus caracterizaciones. Estos nombres son escogidos por los autores a partir de sus conceptos doctrinales añadidos a los casos clínicos seguidos.

«La práctica convencional asume una visión patoplástica de la psicopatología donde la biología, sólo por sí misma, contribuye en la estructura nuclear del proceso de enfermedad, mientras, según se defiende, la cultura contribuye solamente en el contenido específico de los síntomas» (Arthur Kleinman *apud* Quartilho, 2001:9).

Cada cultura ofrece sus representaciones ante las perturbaciones, especialmente de un trastorno mental, lo que puede considerarse como posesión diabólica puede ser considerado también una especie de "inspiración divina". Por lo tanto, cada cultura tiene su propio modelo de pensamiento que proporciona no sólo la interpretación de las quejas, de la enfermedad, sino también su expresión conceptual y la descripción de estas señales que se manifiestan a categorizar lo que es y no es enfermedad.

## 2.2. Aspectos de la psicopatología cotidiana

*"¡Quiero vivir, quiero ser yo!"*  
Unamuno (Niebla, 1914).

Para la Psicología Analítica, la psique humana, formada de consciente e inconsciente, posee un largo e interminable potencial creativo (Jung, 2005). Así, dadas las dificultades de lidiar con determinadas emociones, la enfermedad mental impone demasiados contenidos de imágenes en el consciente traídos desde el inconsciente. Para amortiguar este hecho, es necesario aislar la mente consciente del indomable inconsciente y sólo de esta manera las imágenes de amenazas y tensiones se despotencializarán, disminuyendo también la tensión generada por la confusión de los afectos. Todo esto se puede facilitar a partir del uso del arte como herramienta de contacto con estos contenidos inconscientes a los cuales, conscientemente no tenemos acceso.

Mediante el trabajo con estos contenidos desordenados se propone un fortalecimiento del ego y por ende, de la capacidad de adaptación de su condición de enfermo y consecuente mejor relación social. Entonces, al expresar por medio del arte los contenidos internos que estaban ‘presos’, la persona lo despotencializa y permite que su energía vuelva a fluir; los símbolos que aparecen liberan esta energía, favoreciendo su trayectoria natural.

Todo este camino tiene un efecto innovador que propone una transformación en busca del equilibrio y de la curación, así que en el tratamiento, e independientemente de los momentos agudos de crisis, las personas con esquizofrenia pueden mantener una vida común, tanto como anteriores crisis le permitan. Así pues, trabajos, amigos y amores forman parte de la vida de las personas que sufren de esquizofrenia como la de cualquier otra persona. Se diferencia de algunas otras enfermedades mentales que llevan a la persona a alejarse de los contactos sociales, pues la esquizofrenia sola no impide que las personas mantengan sus actividades comunes y sus contactos habituales.

La experiencia constituye uno de los más poderosos generadores de efectos culturales sobre la salud, la enfermedad y la medicina. El hecho de dar y recibir las experiencias más comunes hace que la cultura moldee nuestros mundos interpersonales e intrapsíquicos. En la experiencia del día a día, hay una interacción entre las normas y las emociones donde podemos sentir lo que es realmente

importante para nosotros y para los demás. Es durante la experiencia de enfermedad cuando esta interacción claramente se revela (Arthur Kleinman *apud* Quartilho, 2001).

La esquizofrenia es una enfermedad que se presenta en diferentes grados pero que con el tratamiento psiquiátrico y psicológico adecuado, la persona consigue mantener su vida normal – estudios, trabajo y la convivencia de la familia y los amigos. Con la aparición de la enfermedad, la persona enferma encuentra un problema social: la incompreensión de su familia en los momentos de crisis y los prejuicios que acaban por alejar aún más a la persona enferma de la realidad. La carencia de información sobre la enfermedad por parte de la familia veda su comprensión sobre las dificultades que la persona enfrenta para lidiar con su comportamiento desigual y su pensamiento confuso, lo que acaba por favorecer incompreensiones y hasta peleas.

*«Se ha llegado incluso a definir la esquizofrenia como un síntoma de la modernidad. Pero no solo por considerarla como una perturbación bastante reciente en nuestra historia, sino por entenderla como un síntoma nuclear – epistemológico y social – de la ciencia moderna, que será capaz de dar cuenta racional de cualquier cosa menos de esa consecuencia ciega y muda de sí misma»* (Colina, 2008:14).

Se sigue anunciando, año tras año, nueva información acerca de la causa de la esquizofrenia, una hipótesis anula otra mientras la experiencia esquizofrénica sigue sobrepasando por dentro y por fuera los límites que la ciencia consigue definir. La actualidad también nos ha presentado un indudable avance en el dominio de la asistencia a personas que viven en sufrimiento mental. Tal vez esa asistencia aleje a los profesionales de buscar el sentido de los procedimientos, direccionando el tratamiento como puramente rehabilitador y sin buscar las causas de la enfermedad, tratan los síntomas. En cierta manera es una forma de renunciar a entender a la gente, calmando las crisis con psicofármacos y rellenando las horas de tratamiento con actividades puramente ocupacionales y de entretenimiento... y el momento de escucha y atención sigue siendo cada vez más corto.

Pero también hay que reconocer la importancia de las actividades con finalidades terapéuticas en el tratamiento, son fundamentales para la rehabilitación.

Lo importante es que el tratamiento no se ciña únicamente a ellas, que no se pierda de vista la historia de vida de la persona que sufre, su ambiente familiar y social, sus hábitos, sus creencias. Es necesario que se trabajen todos estos aspectos al mismo tiempo para el éxito del tratamiento. Y proponer una actividad a una persona con diagnóstico de psicosis es proponer una acción como sustituto de su deseo, donde pueda descargarlo junto con lo que haya de invasor y persecutorio en sus manifestaciones delirantes.

Las primeras crisis psicóticas surgen cuando la persona enfrenta situaciones fuertes; en la mujer la primera menstruación, el primer embarazo o el nacimiento de un hijo, situaciones de luto, ingreso al servicio militar son situaciones que pueden facilitar la manifestación de la esquizofrenia; por otra parte, también la utilización de drogas como cocaína, crack, LSD favorecen alucinaciones en las personas ya enfermas, como pueden ser alucinaciones auditivas y visuales (voces y semblantes) que solamente existen en su realidad mental.

El tratamiento requiere la utilización de medicinas anti-psicóticas, aunque no únicamente, pues la asesoría psicológica para la persona y su familia es fundamental ya que por sí solas las medicinas no resuelven la enfermedad y además dejan una cantidad de efectos secundarios como salivación excesiva, constipación intestinal y endurecimiento muscular. El tratamiento ideal es aquel que combina las medicinas con la psicoterapia y el arte, como talleres de pintura, artes escénicas, literatura, música, pues todos éstos son importantes aliados en el control de las crisis esquizofrénicas.

Es importante hablar de aspectos culturales como una de las causas de las psicopatologías de manera general, donde la presión social de crecimiento y éxito personal, financiero y profesional ejercen una fuerte influencia como desencadenante de la enfermedad. En el Occidente vivimos y convivimos con culturas cada vez más capitalistas, donde el tener sobrepone el ser y el no tener es señal de fragilidad, de falta de poder atribuido a los que tienen. Los medios sociales están siempre insatisfechos con la situación en la que se encuentran las personas, por ejemplo: si se ha casado, le cuestionan la llegada de los hijos; si tiene un trabajo,

cuestionan por qué no tiene un trabajo mejor, por qué aún no ha comprado su propia casa, su propio coche o por qué no un coche más nuevo... Las personas tienen la costumbre de estar siempre descontentas con lo que tienen, con sus logros, con lo que han construido y conquistado y así cuestionan a otras personas y las presionan hacia una situación de constante mejora. Añadido a estos puntos, el crecimiento de las desigualdades sociales y las incertidumbres de la vida, alinean riesgos sociales cuyo impacto en la salud física y mental de las personas es, hoy en día, ampliamente reconocido. La lucha por la supervivencia y la creciente vulnerabilidad a los riesgos del desempleo no libran de alcanzar y comprometer las solidaridades familiares y grupales, presentando un camino de consecuencias nefastas para la salud en general (Leandro *et al*, 2007). Este exceso de cobranzas de todas partes, hace que las personas establezcan metas más allá de sus posibilidades y así, acumulen más frustraciones de lo que es posible soportar. Y en situaciones de estrés continuo, basta un infortunio para que la mente busque refugio en la enfermedad, en una posibilidad de decir '¡estoy en otro mundo, por lo tanto, déjame en paz!'.

*« ¿Pueden estos resultados comunes ser traducidos bajo la fórmula de prácticas clínicas que ayuden a quien sufre? Pienso que sí, pero eso requiere, de la parte y de quien cuida, una autognosis sobre las diversas maneras que cada uno de nosotros está sujeto al prejuicio y a la distorsión, inducidos por ciertas formas de diferencia cultural»*

(Arthur Kleinman *apud* Quartilho, 2001:10).

Los médicos (o al menos los buenos médicos) cuando tratan a una persona enferma en otro país que no el suyo de origen, necesitan cuidados y una atención especial para comprender la búsqueda de significados y los significados que aquella persona atribuye al hecho de enfermarse y no solamente tratar los síntomas aparentes de la enfermedad, pues de esta manera, estará alejándose cada vez más de sus posibilidades de curación, teniendo en cuenta que los síntomas pueden parecer diferentes y también pueden ser sentidos de diferentes maneras en diferentes grupos, no mereciendo un patrón *standart* de tratamiento.

### 2.3. Pinceladas acerca de la historia de la locura en Brasil

*“Brasil tiene el alma en África y el cuerpo en América”*

Padre António Vieira (1608-1697)

Brasil es un país de dimensiones continentales, está localizado en posición centro-oriental de América del Sur, con una área total de 8.514.876 km<sup>2</sup> que incluye 8.456.510 km<sup>2</sup> de tierra e 55.455 km<sup>2</sup> de agua. Está formado por 26 estados y un Distrito Federal, con administración independiente, todavía están sometidos a las Leyes nacionales y a la Constitución Brasileña. Su clima es variado, según las regiones y su población ronda los 192 millones de habitantes en 2010, según informaciones del Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística.

Por su dimensión de continente, por la diversidad de pueblos, de medios físicos, de medios naturales, de medios sociales y, consecuentemente de costumbres y creencias, no se puede hablar de una cultura cuando se habla de cultura en Brasil. En diferentes espacios físicos, hay diferentes predominancias culturales, que tienen sus raíces en diferentes puntos del planeta.

En términos culturales, Brasil está formado por un espolio de combinaciones amalgamadas, que se vuelve complicado a la hora de clasificar y catalogar cada una de ellas, prefiriendo generalizar a groso modo, reconociendo que el país cuenta con la *«combinación y armonización de valores de orígenes variados – amerindia, europea, africana, asiática – dentro de las necesidades y condiciones del medio americano, en general, y brasileño en particular y por obra y gracia de cruzamiento de sangres, la interpenetración de culturas diversas, considerada la luso-cristiana la decisiva, aunque de ningún modo, la exclusiva* (Freyre, 1943:167).

Fuerte es la presencia europea, aunque también y no menos fuerte es la presencia africana, y amerindia, sea la presencia física o cultural a nivel de herencias religiosas, gastronómicas, lingüísticas, o sea a nivel de las costumbres, ritos y fiestas, agrupamientos de parentesco, normas sociales y sagradas, cultura simbólica. Las

presencias venidas de otros continentes como las dejadas por las personas indígenas, pasaron a convivir en una especie de hibridismo (no siempre con suavidad, es verdad) y la verdad es que hoy en día no hay como catalogarlas dentro de lo que se conviene llamar cultura brasileña, de tan mezcladas que ya están. En distintas regiones del mismo territorio, predominan distintas costumbres y cosmovisiones, no solamente entre el hombre del campo y el urbano, también entre el urbano del norte y el urbano del sur, el campesino de sudeste y el campesino de nordeste. Las diferencias son evidentes entre las vidas de personas unidas por un único himno nacional delante de una misma bandera, formando este caleidoscopio cultural llamado Brasil.

*«La cultura brasileña, cómo las demás culturas americanas, tienen en los valores recibidos de Europa una riqueza magnífica por ser desarrollada de acuerdo con las necesidades e interés de cada provincia dentro de las perspectivas cada día más amplias que se abren al contacto de las energías provincianas o regionales de cultura con las ecuménicas. Pero sin que el contacto con la tradición europea signifique el sacrificio de espontaneidades regionales de desarrollo de cultura y de expresiones de vida a la exclusividad de los estilos y valores europeos» (Freyre, 1943:170).*

Las matrices culturales indígena, africana y europea se unieron en Brasil, a principio para componer nuevas células culturales en relación a las matrices originales y luego para fundirlas en una protoetnia con la que toda población se va asemejando. Ésta nueva trama cultural se desarrolla por la propagación de aquellas células y se diferencia por el ajuste a ambientes ecológicos contrastantes, por el ejercicio de distintas actividades productivas, por la agregación de elementos nuevos debidos a la creatividad o asimilados de otros contextos culturales y también por la adhesión de nuevos contingentes humanos que les prestan ciertos coloridos singulares (Ribeiro, 1975).

Dentro de este contexto, Gilberto Freyre ha creado lo que llamó de “lusotropicalismo”, un agrupamiento de presupuestos teóricos intentando explicar el mestizaje y la singularidad del aspecto de mezclas raciales y la convivencia inter-

rácica de las sociedades surgidas a partir de la colonización portuguesa (Venâncio, 2005).

Y como tendríamos temas para hablar de la cultura en Brasil para componer otra tesis, nos detenemos en unas pinceladas de la cultura de Pernambuco, la base geográfica de nuestro estudio. Pernambuco es un Estado miscigenado: una mezcla de gente (fuerte colonia portuguesa, fuerte colonia japonesa, fuerte colonia judaica) con sus costumbres añadidos a las costumbres locales, además de los rasgos desarrollados a partir de los matrimonios mixtos. Un estado también con fuerte presencia y herencia indígena, donde aún perviven nueve comunidades: *Pankararúis*, *Fulni-ô*, *Kambiwá*, *Atikum*, *Xucuru*, *Truká*, *Kapinawá*, *Tuxá*, *Pipipã*. Un polimorfismo en la música, fiestas y artes en general. En la gastronomía, un menú de posibilidades sean pescados variados en el litoral, y carne y vegetales en el interior, todos en gran cantidad y acompañados de picante. La solidaridad generacional esté fuertemente establecida, especialmente entre las personas del interior. En términos de religiosidad, un ecumenismo desigual, donde líderes de una religión circulan fácilmente por espacios de otras. El catolicismo aún tiene la mayor cantidad de adeptos e influencia directa en los rituales de bodas y funerales. La salud y la enfermedad son predominantemente miradas con ojos médicos, pero hay grupos que frecuentan las Casas de Santo (Candomblé) y otras religiones afro-brasileñas, gentes de todos los extractos sociales que en estas casas hacen el primer intento de curación, a partir de la creencia de que has sido hechizados.

Dentro de este hibridismo cultural, ha sido desarrollada una trayectoria de cuidados en salud mental también heredada de distintos países europeos y americanos.

El ingreso de personas con una enfermedad mental en Brasil data de la mitad del Siglo XIX, con la creación en 1841 del Hospicio Pedro II. Antes de su apertura, los ricos eran tratados en sus casas y los pobres deambulaban por las calles o eran encerrados en los sótanos de la Santa Casa de Misericordia, en Rio de Janeiro. Inspirados por el ideal francés de Pinel y Esquirol, la Sociedad de Medicina de Rio de Janeiro, bajo el lema “*A los locos: el hospicio*”, creyendo que el ingreso manicomial

se convertiría en la mejor forma de tratamiento, solicitó al Emperador Don Pedro II este espacio, que durante 40 años ha llevado su nombre, concentrando la apertura de Instituciones semejantes en los centros de mayor desarrollo económico del país, dejando a otras regiones desprovistas de recursos de asistencia en salud mental.

Se siguieron creando Colonias de Alienados destinadas también a mujeres, que utilizaban trabajos agrícolas y manuales de artesanía como instrumento terapéutico, usaban también las artes plásticas con el mismo fin. En la mitad del siglo XX, la Psiquiatra Nise da Silveira inaugura un Sector de Terapia Ocupacional en el Centro Psiquiátrico Nacional (ex-Hospicio Pedro II), donde las producciones en artes plásticas componen el Museo de Imágenes del Inconsciente.

En la década de los ochenta, fue creado el primer CAPS (Centro de Atención Psicosocial), una propuesta que visa sacar las personas en tratamiento psiquiátrico de detrás de las paredes de los hospicios, sustituyendo el ingreso por servicios abiertos de Centros de Día con base comunitaria.

La implementación de esta red sustituta a través de CAPS, Residencias terapéuticas y la ampliación del número de camas psiquiátricas en los hospitales generales ha aumentado, pero aún convive con el antiguo modelo manicomial, marcado por ingresos de larga permanencia.

Desde la aprobación de la llamada “Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001)”, el país viene movilizand o a sus profesionales, familiares y personas con trastornos mentales en la construcción de una red de servicios y estrategias, cerrando manicomios, en base a un ideal de solidaridad, inclusión y libertad, ya ha sido clausurados 41 manicomios y 17.358 camas (Ministerio de la Salud de Brasil, 2011).

Desde el principio de la historia de la locura en Brasil, el país ha ido desarrollando cambios importantes y significativos en el terreno de la salud mental, instigados por transformaciones generales en el contexto brasilero de tratamientos de salud y también por la iniciativa de la Reforma Psiquiátrica.

La Reforma Psiquiátrica es un proceso que se inició en la década de los 80, encabezado por el Movimiento de los Trabajadores en Salud Mental, cuyo principal objetivo fue proponer un cuestionamiento del modelo excluyente de hospitalización como tratamiento, sustituyéndolo por espacios que proporcionasen nuevas prácticas con una propuesta de resocialización e integración de la persona enferma en su familia y su comunidad.

Además de cambiar los escenarios, la Reforma Psiquiátrica insta a cambiar miradas, actitudes, proponiendo una relectura de la locura y del sufrimiento mental, en búsqueda de crear un nuevo “imaginario social”, donde se borren las antiguas ideas de la persona en sufrimiento mental mirada como improductiva, peligrosa e irrecuperable.

La concepción del trabajo inter y transdisciplinar, como proyectos terapéuticos individualizados y la rehabilitación psicosocial están proponiendo un nuevo plan de asistencia a la salud mental, que busca involucrar a la familia y a la comunidad ya sea en la lid con la persona enferma, en la asistencia que le sea prestada y en su inserción social. De esta manera, ambos pueden aprender a convivir con la enfermedad y a sacar las posibilidades dentro de sus limitaciones, donde la persona enferma se sienta acogida, cuidada y con ella sean construidos vínculos sociales, para que se sienta integrada, sin miedo ni prejuicios y así minimizar los efectos de la cronicidad de la enfermedad.

*«[...] la enfermedad mental [...] adviene de una deficiencia de la función simbólica que crea un desequilibrio que es más profundo que el principio de individuación de dos maneras posibles: quiere – como en los ‘casos’ estudiados por el Psicoanálisis – por la dinámica de las pulsiones instintivas que ya no consiguen ‘simbolizar’ conscientemente la energía que las anima y, entonces, el individuo, lejos de personalizarse, se separa del mundo real y toma una actitud a-social, impulsiva y compulsiva; o en los casos menos estudiados pero más insidiosos, el equilibrio es interrumpido a favor de la consciencia clara y, entonces, se asiste a un doble proceso de liquidación de la persona y de su energía constitutiva metamorfoseada en un ‘robot’ mecánico animado a penas por las ‘razones’ del consciente social vigente» (Durand, 2000:58-59).*

La enfermedad mental dificulta la percepción del sentido, consecuentemente de simbolizar objetos, hechos, personas, pues tiene dificultad en encontrar sentido a su propia vida y a todo que está a su alrededor. Con este escenario, un punto importante en el tratamiento y muy fortalecido en la Reforma Psiquiátrica es la búsqueda de generar sentido en la vida de las personas ya sea a través de sus construcciones afectivas y emocionales, de sus relaciones sociales, de sus capacidades productivas, o de sus posibilidades habitacionales y financieras. Así, la participación de la familia es fundamental para el éxito de este plan, pues el tratamiento ya no considera solamente la persona enferma, sino a toda la estructura social donde ella está inserta. Éste es un gran desafío, pero los profesionales de salud mental comprometidos con la causa de la Reforma Psiquiátrica se manifiestan dispuestos a enfrentarlo.

Aún según datos del Ministerio de la Salud de Brasil, hoy en día, 3% de la población, es decir, cerca de 5 millones y 700 mil brasileños sufren trastornos mentales graves y crónicos y 12% de la población necesita ser atendido en salud mental, sea de forma eventual o continua.

## 2.4. Pinceladas acerca de la historia de la locura en Cabo Verde

*«... el más fuerte nunca lo es tanto como para ser siempre el amo, a menos que transforme su fuerza en derecho y la obediencia en deber.»*

J. J. Rousseau

Cabo Verde es un archipiélago de origen volcánico, situado en el Océano Atlántico. Formado por diez islas y ocho islotes, suma una superficie total de 4.033Km<sup>2</sup>. Geográficamente Cabo Verde está dividido en dos agrupamientos de islas: Barlavento (formado por las Islas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia,

São Nicolau, Sal e Boa Vista) y Sotavento (formado por las Islas de Maio, Santiago, Fogo y Brava). Su clima es caliente y húmedo y su población, según el Censo 2010 es de 509.000 habitantes.

Todo pueblo mantiene vínculos con sus creencias, con sus mitos, con sus historias y es a partir de la comprensión de estos vínculos cuando se puede comprender un pueblo, su vida, sus tradiciones, su cultura, lo que piensan del mundo y del hombre, sus vinculaciones con el Divino y con la naturaleza.

El caboverdiano es un pueblo que habla dos lenguas y vive una diversidad cultural casi única en el planeta. El portugués es la lengua oficial y solamente oficial, pues la lengua hablada es el criollo con sus variantes conforme la isla y la localidad de litoral o interior que tienen también sus variaciones, pero todos se entienden. Su esencia mítica se funde con su esencia histórica, llena de mitos, de leyendas, de ritos, de cantigas, de cuentos que describen historias violentas y pacíficas, que son testigos de relatos africanos, europeos y criollos, que apuntan relaciones de poder y obediencia, de dolor, de nostalgia, de encuentros y desencantos, de partidas y llegadas, de carestía de lluvias y demasía de hambre, de vida y de muerte. Una constante concepción dialógica entre el ir y venir, entre el ir y venir de la existencia.

Cuando se vive en una isla, se siente la falta hasta de lo que no se sabe... Por más libre que sea el viento que pasa, las personas permanecen y permanece la voluntad de pasar con él. La concepción dialógica funciona para diversos aspectos de la vida del isleño: donde el mismo mar que libera, también encarcela, limita, lo que tiende a generar la vulnerabilidad, la fragilidad, la voluntad de partir para la tierra firme con otras posibilidades, mezclada con la voluntad de quedarse. La utopía de la libertad habita siempre en el otro margen del mar. El tiempo de esclavitud ha dejado cicatrices profundas en el alma caboverdiana que se palpa hasta en la actualidad. La necesidad de fuga se ha convertido en una necesidad de emigración, la eterna creencia que 'algún lugar es mejor que este' y más recientemente otras formas de fuga asolan la realidad de las islas en un contexto más psiquiátrico que es el uso abusivo de alcohol y drogas y el suicidio.

La condición de isleño caboverdiano parece traer un tempero bastante singularizado, pues están cercados de agua salgada y son personas tan dulces. A través de la palabra, dicha o cantada, el pueblo caboverdiano celebra su alegría de vivir, sus colores, sus dolores, su fe, su coraje. Hay cantigas para celebrar el nacimiento y la muerte, como el «Siete»<sup>4</sup>, cantado alrededor de un bebé a medianoche cuando éste completa su séptimo día de vida, una cantiga para espantar brujas y hechiceras que andan deambulando para ‘robar’ almas inocentes.

Hay una fuerte presencia de la solidaridad generacional y también intergrupala. Delante de la lucha diaria por la sobrevivencia a la carestía, «[...] *los cabo-verdianos se hermanaron para defenderse de los constantes sobresaltos, con la tenacidad necesaria para superar las dificultades a las que se han enfrentado durante siglos, demostrando, así, la funcionalidad de la entreaayuda en el seno de la comunidad*» (Lopes Filho, 2002:67).

La memoria colectiva caboverdiana está fuertemente ligada a su Historia, a la presencia de los esclavos venidos del continente y sus descendientes, a las historias de lucha, de libertad, de emigración y nostalgia que componen la ascendencia de todo un pueblo. Sus cuentos evocan memorias de una niñez difícil, de días convertidos en trabajo por la búsqueda del alimento desde muy temprano en la vida de las personas. En sus narrativas, «*Historia e historias se mezclan, se confunden, fundiendo en los cuentos lo histórico y lo sagrado, sacralizando el cotidiano*» (Vânia Cardoso, en la introducción de Yemonjá, 1997:13).

En tiempos de la colonización la política del imperio portugués se focalizó en reprimir la cultura local considerada por ellos como inferior, como nos explica Oswaldo Osório, Antropólogo local: «*para la cultura dominante y sus acérrimos defensores, la cultura tradicional y sus manifestaciones, empezando por la lengua que transporta la manera de ser, actuar y pensar de toda la comunidad, era considerada como una cosa diferente, que no interesa,*

---

<sup>4</sup>«Ná, ó menino ná...

Ó rosto doce de ojo maguado/ Es bo cuidado/Botal pa traz!/ Nhor Dês ta dano um bida de paz,/ O nha pecado/ De ojo maguado!

Ná, ó menino ná,/ Sombra rum fuji de lil/ Ná, ó menino ná,/ Dix a nha fidjo dormi...

Sono di bida, sonho de amor,/ Ou graça, ou dor,/ Es é nós sorte.../ Se Deus, más logo, mandano morte, /Quem que tem medo/ Ta morrê cedo.

Toma nha ombro, encosta cabeça,/ Ja'n dabo peto,/ Amá ragaz!/ Ò espirito doce, ca bo tem pressa: Deta co geto,/ Dormi na Paz...».

*inferior, que debe ser combatida y hasta reprimida»* (Osório, s/d:18). Pues para la Corona, era necesario ‘civilizar’ a las personas venidas del Continente, aprendiendo y aprehendiendo hábitos de la esclavitud, así como aprendiendo a comprender y hacerse comprender por sus señores, de manera que al desembarcar en Cabo verde, se les entregaba al Clero, que servía de intermediario y, cobrando los debidos impuestos sobre cada una de estas personas, las ‘preparaba’ para que pudiesen ser vendidas por un mejor valor en el Mercado de Esclavos de las Américas. Era la afirmación de la *«ideología colonial reductora, por naturaleza, del Otro, del Colonizado»* (Venâncio, 2008:42).

Incluso con los recuerdos de los capítulos sombríos de su historia, la esclavitud, los viajes en sótanos de navíos negreros, la incertidumbre de la vida en las islas, la sequía, el hambre, las emigraciones no retornadas, el caboverdiano refleja una capacidad innata de auto preservación, conservando la idoneidad de su identidad. Y es en esta manutención de la autonomía de identidad que habita la grandiosidad de la herencia africana para nosotros, los brasileños.

Los esclavos caboverdianos, llegados a Brasil, desembarcaban en Recife y allí eran vendidos en el mercado de esclavos, distribuidos en las plantaciones azucareras en el interior de Pernambuco y las plantaciones de cacao en Bahía y Pará. Desde allí, se ha formado un grupo étnico en Bahía, llamado Cabo Verde y en el interior del Estado de Minas Gerais hay una ciudad también llamada Cabo Verde, construida por negros ex-esclavos, que conseguían fugarse de las plantaciones pernambucanos.

A partir de los relatos de un Psiquiatra caboverdiano que vivió en Bahía (Brasil), hemos encontrado semejanzas entre enfermedades diagnosticadas por los Padres-de-Santo del Candomblé y sus equivalencias clínicas en Cabo Verde, como por ejemplo, el *«Calundu»* (para la medicina: distimia irritable, es decir un estado depresivo leve y prolongado con características de irritabilidad); *«Caruara»* (Una imposibilidad de mantenimiento de la verticalidad y del movimiento de marcha sin ningún componente neurológico, también llamada astasia-abasica, diagnosticada por Charcot, contemporâneo de Freud); *«Banzo»* (una especie de depresión, encontrada en los algunos emigrantes cuando regresan, por la no adaptación a los nuevos

mundos para donde partieron, sus reglas, realidades y exigencias); el «*Tangolomango*», (una especie de ataque súbito, una crisis súbita de nervios sin explicación) y el «*malo-de-ojo*» (Gomes, 2007).

“Cabeza cansada”, “ataque de nervios”, “enfermedad de nervios” son consideradas formas de expresiones de las perturbaciones mentales, donde muchas explicaciones son atribuidas a causas sobrenaturales como la hechicería, la brujería, que consideran los problemas mentales como fuerzas del mal representativas de valores negativos, posiblemente cometidos por el sujeto o su familia, cómo la envidia, el rencor, la venganza, la falta de respeto a reglas morales, los malos hábitos, las malas-compañías... causas estas que ‘tienen’ que ser tratadas por los llamados Maestros y con los llamados “Remedios de Tierra”, que son los baños con hierbas, los tés y mezclas de plantas medicinales añadidas a las palabras del Maestro.

Aquello mismo autor anteriormente citado nos relata que, al regresar de Brasil à Cabo Verde, ejerciendo la Psiquiatría Clínica, observó en las personas, especialmente venidas del interior de la isla de Santiago (la misma isla donde estamos realizando nuestro estudio), síntomas semejantes a los de las personas que, en Brasil, frecuentaban el Candomblé<sup>5</sup>, encontrando especial semejanza entre el “Transe” de las hijas de santo y el momento de la “tchabeta”, donde en ambos los momentos de “extasis” silencian los instrumentos sonoros. Y que en la gente de todas las islas, ha encontrado manifestaciones equivalentes al Calundu, Caruara y Banzo de Brasil (Gomes, 2007).

Justo después de su independencia (1975), la Salud Mental en Cabo Verde pasó a ser cuidada por profesionales con formación en esta área y se creó un Servicio de Psiquiatría en los hospitales centrales del país.

---

<sup>5</sup> Religión afro-brasileña, de origen totémico y familiar, donde se hacen culto a los orixás. Relatos de su surgimiento datan del siglo XVIII en Brasil con la llegada de los esclavos del continente africano. Los usuarios son denominados “pueblo de santo” y los maestros o padres de santo llamados “Babalorixá” y las Madres de Santo llamadas “Yalorixá”. Durante la esclavitud, a los esclavos la Iglesia católica les prohibió realizar sus cultos a sus orixás, pero aún así lo hacían a escondidas, en las *senzalas* donde vivían.

Antes de este período, existía la llamada 5ª Enfermería, donde estaban ingresadas 150 personas, tratadas por médicos de otras especialidades por la ausencia de Psiquiatras y utilizaban para el tratamiento la electro-convulso-terapia (electrochoque) y psicofármacos y las personas enfermas estaban bajo los cuidados de dos enfermeros y algunos sirvientes y de dos en dos años, venía de Portugal un Psiquiatra para el control general.

En 1976, con la incorporación de los Psiquiatras, se abolió el electrochoque, se introdujeron otros psicofármacos y se inició la formación profesional de las personas que trabajaban en Psiquiatría. Fue elaborada también la 1ª Estrategia Nacional de Salud y prevista la creación de un Centro de Psiquiatría Comunitaria, cuya construcción, en Trindade (Isla de Santiago), ha sido concluida en 1990. Sin embargo no se ha puesto en funcionamiento hasta el año 2003. Ha sido construido un Centro de Día en Ribeira da Vinha (Isla de São Vicente) con el funcionamiento de un centro de Terapia Ocupacional y en 2008 una Enfermería de Salud Mental en Ribeira Grande (isla de Santo Antão).

Y como estamos hablando en el terreno de la Psiquiatría, traemos una definición de Cabo Verde visto por un Psiquiatra local: *«Cabo Verde es un país multiétnico, multicultural, multilingüístico, un estado unitario y unificado, pero no uniforme, una Nación en que la diáspora es significativa. [...] hay varias etnias africanas que contribuyen en el poblamiento de las islas encontradas deshabitadas, oriundas de la vasta extensión costera del continente africano, desde Mauritania hasta Sierra Leona y que se fueron mezclando y emparejando con portugueses, ingleses, españoles e italianos. Cada isla tiene una manera específica de expresión. [...] Hay un polimorfismo en la música, en la cocina, en las creencias como los encantamientos, curanderismo y hechicería, en las bodas, en la interpretación de la muerte, en las distintas interpretaciones dadas al binomio salud/enfermedad...»* (Gomes, 2007:212).

## 2.5. Pinceladas acerca de la enfermedad mental en Portugal

*«Hoy me siento perplejo, como quien ha pensado y opinado y olvidado.*

*Hoy estoy dividido entre la lealtad que le debo*

*a la tabaquería del otro lado de la calle, como cosa real por fuera,  
y a la sensación de que todo es sueño, como cosa real por dentro.»*

Tabaquería, Fernando Pessoa

Portugal compone una extensión de territorio continental de 91.951Km<sup>2</sup> En el sudoeste de Europa, costa atlántica de la Península Ibérica, donde están también localizados sus dos archipiélagos: Madeira y Azores. El país cuenta con una población de más de 11.500.000 habitantes según el Censo de Población de 2009. El idioma oficial es el portugués. La religión predominante es la católica. El estilo musical tradicional es el fado, cuya intérprete más conocida ha sido Amália Rodrigues. Es común el consumo de pez fresco y la tradición portuguesa no dispensa el bacalao de la mesa, pero a cada región del país es atribuida una diversidad de platos típicos, que la costumbre los hace acompañar de vinos por ser un país vigorosamente vinícola, produciendo diferentes calidades de vinos en sus diferentes regiones.

Según informaciones del Plano Nacional de Salud 2004-2010, evalúese que las perturbaciones mentales en la población portuguesa en general estén por vuelta de 30%, siendo de 12% el índice de perturbaciones graves, mismo que no haya datos de morbilidad psiquiátrica de amplitud nacional que puedan fornecer una más apurada caracterización del país. En 2001 ha sido realizado el tercer Censo Psiquiátrico con extensión a todas las instituciones públicas y privadas de Portugal Continental y Regiones Autónomas, donde ha sido posible conocer la predominancia de la depresión entre las personas de consultas externas, de alteraciones relacionadas al consumo de alcohol entre las personas atendidas en las urgencias y la predominancia de la esquizofrenia entre las personas ingresadas.

Relativamente a las esquizofrenias, el Censo ha demostrado que estas se presentan como las patologías más frecuentes (21,2%), ocupando la posición de principal causa de ingresos (36,2%) y la tercera razón de las consultas psiquiátricas (12,4%).

Aún con datos del mismo Censo, las personas que viven en las calles son las más afectadas por las perturbaciones psiquiátricas – incluyendo uso y abuso/dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas, con índice superior a 90%. Raramente estas personas buscan servicios de salud y estos servicios también cuentan con una capacidad reducida de posibilidades de respuestas, lo que les confiere un mayor riesgo de permanencia en la vida insalubre y fría de las calles.

Aún contando con informaciones del Plan Nacional de Salud 2004-2010, nos informamos que la asistencia psiquiátrica está centralizada en los Servicios de Salud Mental (SSM), en su mayoría en los hospitales generales, en servicios regionales para valencias específicas y en hospitales psiquiátricos y Casas de Salud, que garanten la asistencia a las personas con enfermedades de evolución prolongada, en su mayoría (cerca de 70%), con esquizofrenia. Cómo las medidas y recursos para la creación de nuevos espacios y atendimientos alternativos a la hospitalización son, actualmente, insuficientes, aún ha el riesgo de institucionalización. Además, es percibida una deficiencia de cuidados de rehabilitación en la adquisición de competencias, programas psico-educacionales para personas que viven con enfermedades mentales y sus familiares, unidades de vida para personas que viven con enfermedades crónicas más independientes y servicio de apoyo domiciliario, bien cómo aún se observa un vasto número de personas enfermas, especialmente con perturbaciones psicóticas, con dificultades de reintegración en la comunidad al final del tiempo de ingreso.

### 3. El objeto de estudio

#### 3.1. Cultura y Psiquiatría: Una mirada antropológica de la enfermedad mental

*«He fracasado en todo.  
Como no me hice ningún propósito, quizá todo no fuese nada.  
El aprendizaje que me impartieron,  
me apeé por la ventana de las traseras de la casa.»*

Tabaquería, Fernando Pessoa

Las culturas pueden ser definidas como *«conductas aprendidas y compartidas, transmitidas de generación en generación con la finalidad de lograr la adaptación, el crecimiento y el ajuste del individuo. Tiene referentes externos e internos. Los externos son los objetos, los roles, las instituciones. Los internos son las actitudes, valores, creencias, expectativas, epistemologías, consciencia»* (Marsella & Kameoka, 1989:233).

Así, dentro de este pensamiento sobre la cultura, objeto de estudio de la Antropología, definimos Antropología Médica como una disciplina que *«trata sobre el estudio transcultural de los sistemas médicos y sobre la influencia de los factores bioecológicos y socioculturales sobre la salud y enfermedad. Algunas áreas de interés común a psiquiatras y antropólogos médicos son la dinámica de la conducta de búsqueda de salud, los modelos de enfermedad mental, los sistemas de curación, los síndromes definidos culturalmente, los estados mentales especiales, como los estados de trance y posesión por espíritus»* (Kaplan & Sadock, 1989:253).

Sabemos que hay una fuerte influencia de la vida social en la posibilidad de caer en una enfermedad mental. Los modos de vida, sobre todo en los grandes centros urbanos – medios sociales exageradamente exigentes y competitivos, la mala alimentación, vida sedentaria, la exposición a componentes tóxicos y ritmos de vida antagónicos a la regulación circadiana del organismo conduce a un eficiente

abatimiento de la calidad de vida y consecuente vulnerabilidad a las enfermedades. Consecuente, aparece el estrés como principal efecto negativo de ese estilo de comportamiento, desencadenando una inestabilidad consonante al estado emocional de la persona, las condiciones físicas de su entorno y la traducción que ella hace de la situación, y también la interpretación que hacen las personas que le rodean acerca de ese contexto (Paúl & Fonseca, 2001).

La etnopsiquiatría se preocupa por la comprensión del «*modus vivendi*», de las historias de vida de este hombre que sufre de enfermedad mental dentro de una población y de las diferentes maneras para hacer frente a la enfermedad, al estar enfermo y a la curación, y con frecuencia se percibe que estas experiencias están en contraste con el modelo biomédico.

No sólo la persona enferma que tiene una historia, sino también la propia enfermedad, estudiada y experimentada a lo largo de los años por los autores de sus conceptos. La historia de la esquizofrenia tiene su inicio en 1911. Antes de este tiempo, muchos fueron los 'títulos' para designar a las personas que tenían el trastorno, ahora codificado como esquizofrénico, y muchos fueron también los autores que han intentado codificar, como por ejemplo, las personas fueron diagnosticadas como "hebefrenicas" por Hecker, "dementes juveniles" por Morel, "catatónicos" por Kahlbaum, "con idiotias adquiridas" por Esquirol, "paranoicos" por Zibber y desde 1873 por "dementes precoces" por Krapelim, que agrupaba todas estas tablas en un único concepto (Sonenreich, 1977:5).

La historia de la "esquizofrenia" (con esta nomenclatura) comienza con el psiquiatra austríaco Bleuler, que con este concepto indica el criterio en base al cual se debe diagnosticar una esquizofrenia: la desagregación, por ser la desagregación de las funciones psíquicas una de sus características más fuertes.

*«La esquizofrenia es una enfermedad en la que el paciente cambia su representación conocida de la realidad, para escapar de sus conflictos insolubles. Cambia el mundo autísticamente, cambiando la percepción de sí mismo y hacia los demás, abandonando la lógica de su cultura, hasta que encuentre un lugar para vivir y un aspecto de la autoestima»* (Lidz & Flack, 1960:14).

Por los síntomas, dice Ballak (1969:337) *«el paciente que sufre de una psicosis esquizofrénica presenta hechos que no son fijos o constantes, como ocurre con ciertas enfermedades somáticas. El paciente no presenta los síntomas directamente, de manera uniforme o constante. Esto se debe a que los datos clínicos consisten casi exclusivamente en las experiencias subjetivas del paciente. Los fenómenos están presentes un día y faltan al día siguiente, se revelan a un investigador y no a otro. Esta variabilidad también se produce entre un paciente y otro»*.

Las enfermedades mentales apuntan hacia un proceso de comunicación diferente de los vistos como ‘normales’, de los procesos comunes de comunicación, pero son de la misma naturaleza, son procesos de naturaleza humana y de esta manera deben ser estudiados. Las personas con enfermedades mentales viven en una sociedad ‘normal’ y es con las personas ‘normales’ con quienes fomentan sus redes sociales, pero esta situación crea un conflicto ya que, las personas “normales” no consideran a estos enfermos como sus semejantes, si no que les tratan como si fueran personas de otro mundo, uno que en nada tiene que ver con su mundo civilizado y “normal”. Aún hoy en día la persona que convive con una enfermedad mental es mirada con desazón, inquietud, como un peligro y sigue siendo apartado de la vida común de la sociedad.

*«A la fois fête, mystère et menace, la folie a toujours gêné la société. Cette gêne et cette maladresse justifient les continuelles oscillations de l'attitude collective entre la tolérance et la réprobation, le libéralisme et le renfermement; le psychiatre est souvent apparu dans cette perspective à l'opposé des ces attitudes: austère pour nier le danger. La relation dialectique n'est portant que trop évidente entre les attitudes collectives et celles du psychiatre»<sup>6</sup>.*

Como bien dijo Fernando Colina en el prólogo del libro “La invención de las enfermedades mentales” (Álvarez, 2008), *«la psiquiatría es hija de la cultura a que pertenece»*, pues es la cultura la que reconoce una manifestación como enfermedad y, al mismo tiempo, es inculta, la psiquiatría, cuando se desentiende del pensamiento de la locura, valorizando solamente la organicidad de la enfermedad.

---

<sup>6</sup> *«Al mismo tiempo fiesta, misterio y amenaza, la locura siempre ha obstaculizado la sociedad. Es esta incomodidad e ignorancia la que justifica la constante oscilación de la actitud colectiva entre la tolerancia y la desaprobación, el libéralismo y el dominio; el psiquiatra es a menudo apreciado en esta perspectiva como el opuesto de estas actitudes: austero para negar el peligro. En relación dialéctica, el psiquiatra es demasiado evidente en las actitudes colectivas de las personas»*. (Bastide, 1977:237).

En la última década ya es posible observar un cambio de comportamiento en relación a la demanda de cuidados psicológicos y psiquiátricos, donde esta búsqueda de espacio, comienza a no ser mirada sólo como una debilidad humana, sino también como actividad preventiva, un ejercicio del derecho a la salud mental. Cada vez más los grupos sociales ‘se cobran’ que las personas tengan éxito personal y profesional, de manera que un tropiezo o un retardo en el éxito de las acciones son suficientes para el creciente sentimiento de frustración capaz de llevar una persona al Psiquiatra. De esa manera, se empieza a etiquetar la tristeza como depresión y con carácter de enfermedades se enmascaran frustraciones, ansiedades, consumismos...

*«En realidad, la antigua melancolía se tornó esquizofrenia cuando los cambios de la división del hombre alumbraron una nueva mentalidad, almacenada por un fracaso específico que ha poblado la conciencia del psicótico de voces, aislamiento, persecución y omnipotencia. Buena prueba de esa metamorfosis la encontramos en la fundada sospecha sobre si la esquizofrenia, en vez de contentarse con ser la enfermedad natural que con tanto celo nos anuncian, no es sino el reflejo de los excesos de la escisión del hombre, que cambia con los tiempos y acusa en su fractura el efecto de la época» (Álvarez, 2008:13-14).*

La avidez por la autonomía y el individualismo, la capacidad cada vez mayor que el hombre desarrolla de no necesitar nada de otro hombre, de las pequeñas máquinas que sustituyen a grandes personas... todo eso va silenciosamente fragmentando el ‘yo’ en partículas cada vez menores, de manera cada vez más acelerada, y al darse cuenta, el hombre ya no existe más entero y tampoco es capaz de ver su imagen y semejanza en otro hombre. Ahí empieza el desequilibrio y se abren las puertas a la enfermedad.

Es importante destacar que la Antropología de la Medicina no trabaja únicamente en la búsqueda de formas alternativas de medicina, ni tampoco en una búsqueda por lo exótico. La Antropología Médica, al contrario, busca comprender los procesos culturales e ideológicos inherentes a las formas de enfermar y curarse en las sociedades, intentando conjugar esfuerzos con otras disciplinas para la mejor utilización de estas prácticas llamadas “alternativas” o “populares” o “tradicionales”

con el objetivo de no dejarlas morir en detrimento de la Medicina capitalista que ya colonizó los grandes centros urbanos del planeta.

Y quién sabe si un día, con todos los cambios que se presentan a lo largo de los años y de los movimientos de la humanidad, pueda tener sentido lo que contaba el escritor brasileño Machado de Assis (1982) en su obra “O Alienista” cuando decía que cierto día la población se espantó pues el Alienista hizo oficial al Gobierno que los dichos ‘locos’ serían libertados. Él decía que cuatro quintos de la población estaban internados en el hospicio y el exagerado número de internados favorecía una revisión de la teoría. El Dr. Bacamarte, el Alienista, llegó a la conclusión de que el normal y perfecto sería el desequilibrio y que se deberían considerar como patológicos los casos en que hubiera constante equilibrio de las facultades mentales. A partir de esta explicación, la ciudad celebró el retorno de los antiguos enclaustrados. La enfermedad mental no había dejado de existir, pero ahora el Médico es el que andaba en búsqueda de los nuevos ‘locos’ según su más reciente teoría...

Este relato nos trae la imagen de la entrada en Tebas de Dionísio, dios del arte, dios-espejo, donde él procura problematizar la existencia del inconsciente, reflejando en las personas su verdadera identidad y a partir de este conocimiento, ellas podrían aceptar lo que son y los otros cómo son. Una Oda a la aceptación de las diferencias, al surgimiento del concepto de humanidad, a que el ser humano pertenece a un universo mayor a aquél de la *polis* donde vive.

### 3.2. Algunos pasos por los caminos de la esquizofrenia

«¿Cuándo será que pueda/ libre de esta prisión/ volar al cielo?»  
Oda a Felipe Ruiz, de Fray Luis de León

Sabemos que la enfermedad mental es un proceso de continua desintegración. Desintegrarse de las actividades. Desintegrarse de la comunidad. Desintegrarse de la familia. Y muchas veces, desintegrarse de sí mismo, añadido de una preocupación de percibir si las otras personas ya descubrieron la enfermedad que se intenta esconder, sea una perturbación emocional temporaria o una enfermedad crónica, pero el tabú de las enfermedades mentales parece renovarse en cada primavera.

Como en la esquizofrenia se pasa una desagregación de la realidad, el tratamiento busca aproximar este vínculo de la persona enferma con la realidad estimulando su contacto con la familia para que la persona se sienta parte de aquel grupo y ésto favorezca su interacción. La formación de grupos de ayuda mutua con las familias es de fundamental importancia para que puedan superar este problema y disminuir los prejuicios que dificultan la superación de la enfermedad en las personas que de manera sencilla se desgarran de la realidad externa. Este desarraigo se da a partir de manifestaciones delirantes de los cinco sentidos que acaban multiplicándose metafóricamente en estos episodios; las expresiones reales o imaginarias se repiten y van ganando veracidad en la comprensión de la persona que delira.

El término esquizofrenia proviene del griego ‘*schizo*’ (escisión, división) y ‘*phren*’ (intelecto, mente). Actualmente la Organización Mundial de la Salud la define como una enfermedad mental o grupo de enfermedades de causas todavía desconocidas, caracterizada por trastornos del afecto, del pensamiento, de la sensopercepción, de la comunicación y del comportamiento. Fue implantado en el lenguaje médico a principios del siglo veinte por el Psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939) que la definió como una fragmentación de la mente de modo que los procesos cognitivos estaban apartados de la voluntad, del comportamiento y de la emoción (*World Health Organization*, 1998).

El inicio de la crisis inaugural puede ser paulatino, con algunas manifestaciones prodrómicas<sup>7</sup> en semanas, meses o incluso de 2 a 5 años,

---

<sup>7</sup> Período de tiempo entre los primeros síntomas.

presentando señales de alteraciones del sueño, irritabilidad, ansiedad, depresión, falta de concentración, pero también, por contrario, la enfermedad puede aflorar de forma abrupta (APA, 2004).

Tras la aparición de los síntomas que caracterizan la enfermedad, la evolución de cada persona afectada por ella es inestable. El curso de la enfermedad parece sufrir la influencia de factores clínicos, demográficos, sociales y culturales. Se considera que la evolución es más favorable en las mujeres, en individuos sin histórico familiar de esquizofrenia y mayores en la edad de aparición de la primera crisis. También es más favorable para los que viven en medios rurales. Y el hecho de estar casado y mantener actividades intelectuales y laborales también son considerados factores favorables (APA, 2004). Cómo impacto negativo está la inmigración y el consumo de tóxicos.

Aún no se conoce la causa de la esquizofrenia, hasta hoy se ha postulado su origen multifactorial, lo que se sabe es la vulnerabilidad heredada de su padecer. Entre los familiares cercanos, de primer grado, la prevalencia es de 10% a más de posibilidades de desarrollar la enfermedad que en la población en general, mientras para los de según grado, este porcentaje se reduce a un 3% (Miyamoto, S. et al. 2003). Hay estudios que demuestran que complicaciones obstetricias (daño cerebral en el feto, preclampsia, infecciones víricas durante el embarazo, diabetes materna, estrés en la gestante) reflejan un impacto negativo en el desarrollo cerebral del feto, de manera que han señalado que un porcentaje considerable de esquizofrénicos las padecieron. Se incluye también el grupo de riesgo de niños que presentaron daños cerebrales hasta los 10 años de edad (Walker *et al.*2004).

No hay un marcador fisiológico para la esquizofrenia, lo que hace que su diagnóstico sea a través del examen del estado mental, realizado por un Médico Psiquiatra a partir de la entrevista clínica y observación del comportamiento de la persona.

Algunos síntomas sistematizan el diagnóstico de esta enfermedad y esta sistematización está presentada en dos principales compendios de las enfermedades

mentales, utilizados a nivel mundial, a saber: el ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) y el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Estas son herramientas de orientación de síntomas y período de tiempo en que deben manifestarse a contar para la constatación de las manifestaciones clínicas. Pero es importante tener en cuenta las variaciones que pueden acontecer, sobre todo cuando existen enfermedades compartidas, lo que dificulta el trabajo de diagnóstico y consecuente tratamiento.

Los síntomas propios de la esquizofrenia envuelven un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que envuelven la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico envuelve el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas agrupados a una disminución de la actividad laboral o social (DSM-IV, 1994).

Los síntomas de la esquizofrenia están conceptualizados en dos categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen manifestar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una baja o pérdida de las funciones normales. Entre los síntomas positivos están las distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia) (DSM-IV, 1994). Es necesario que, por lo menos, dos de estos ítems estén presentes de forma simultánea durante como mínimo un mes, causando una disfunción en una o más de las áreas de actividad como las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo, demostrando que el funcionamiento es visiblemente inferior al que se habría logrado

anteriormente al inicio de los síntomas. En el DSM-IV está catalogada con el código F20.

La esquizofrenia aún se categoriza en algunos subtipos: tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado, tipo residual e trastorno esquizofreniforme. Estos subtipos están definidos por la sintomatología presentada en el momento de evaluación, a partir de la lectura de su cuadro clínico. No nos fijaremos en las explicaciones de estos subtipos porque no siempre están determinados en los prontuarios de las personas en tratamiento y el marco determinante de la elección de nuestra muestra ha sido la presencia de ideas delirantes en el curso de su enfermedad esquizofrénica, sin tener en cuenta otros síntomas coadyuvantes.

La esquizofrenia constituye una de las enfermedades mentales más severas, como también la principal causa de incapacidad de origen psiquiátrico en el mundo entero, teniendo en cuenta que la persona puede perder el contacto con la realidad y la disminución brusca de su capacidad de funcionamiento laboral, familiar y social, así como una progresiva desvalorización de los cuidados personales básicos como higiene y alimentación (APA, 2004).

Las personas acometidas de esquizofrenia también están más vulnerables a otras enfermedades que la población en general, con especial relevancia hacia la depresión (especialmente en los períodos de recaídas y recuperación) y el consumo abusivo de sustancias, como alcohol y drogas de abuso (WHO, 1998). Como efecto, el abuso de estas sustancias puede disminuir la efectividad de los medicamentos, empeorar los síntomas positivos y aumentar el carácter violento de las personas enfermas (Batel, 2000).

Los índices de mortalidad en personas con diagnóstico de esquizofrenia son el doble que la población general y la principal causa mortis es el suicidio, que en estas personas tiene doce veces más riesgo que el resto de la población. En los últimos años, las alteraciones cardiovasculares también se apuntan como fuerte causa de mortalidad en estas personas y una probable explicación sería la

insalubridad de sus condiciones de vida añadida a los efectos adversos de los fármacos antipsicóticos (APA, 2004).

*La esquizofrenia es una enfermedad única o más enfermedades, o una sub-categoría dentro de una enfermedad o no es una enfermedad. Es fundamentalmente un cambio de percepción o cognición o emoción. Se transmite genéticamente o socialmente. Ocurre casi igual o casi desproporcionalmente en diferentes poblaciones. Es o no es común en las sociedades "primitivas". Los pacientes nunca vuelven a funcionar bien después de un episodio esquizofrénico, y otros mejor de lo que habían funcionado antes. Implica la conciencia alta y baja, la ansiedad alta o baja, sensibilidad social o insensible social, la sobreprotección o rechazo materno, el aislamiento, el no conformismo (o 'desvío') y superconformismo. La revisión de la literatura en el campo supone una lista casi interminable de los hallazgos y conclusiones fisiológicas, psicológicas y sociales acerca de la esquizofrenia. (Hammer, 1972:423-424).*

Pero a pesar de todo el comprometimiento cognitivo y de comportamiento que conlleva la enfermedad, para algunas personas es posible llevar una vida común, con su trabajo, sus tareas domésticas y familiares. Es posible cuándo hay un buen tratamiento sustentándolas y una adhesión de toda la familia para agudizar la percepción del anuncio de los primeros síntomas de recaídas y tratarlos antes del establecimiento de la crisis. O hasta optar por la búsqueda de nuevas posibilidades, un cambio de profesión, un cambio de casa o de manera de vivir. Es una cuestión de reeducación, de mirar la enfermedad con una perspectiva positiva y no como una especie de muerte social.

*«Es posible que una persona esquizoide o esquizofrénica lleve una vida satisfactoria y además realizar un trabajo excepcional. Puede estar enferma desde el punto de vista psiquiátrico debido a un sentido debilitado de la realidad. Para equilibrar eso, se puede afirmar que existen personas tan firmemente ancoradas en la realidad objetivamente percibida que están enfermas en el sentido opuesto, dada su pérdida de contacto con el mundo subjetivo y con el abordaje creativo de los hechos» (Winnicott, 1975:97).*

Es necesario hacer consideraciones acerca del término 'locura' que no se puede confundir con un diagnóstico psiquiátrico, pero es utilizado por el censo común para aludir a la anormalidad, a personas que tienen una manera diferenciada de actuar, aplicado cuando son percibidos comportamientos sociales desiguales a los comportamientos generales dentro de una determinada cultura. Para la Medicina, el término psicosis es quien define la pérdida de sentido de la realidad y consecuente construcción de una realidad paralela a través de delirios y alucinaciones. Por lo tanto, 'loco' no es un concepto médico, sino una forma que el conocimiento general eligió para definir personas con comportamientos sociales reconocidos como bizarros.

El psiquiatra y filósofo alemán Karl Jaspers durante mucho tiempo ha investigado para establecer algunas peculiaridades de los delirios y se dio cuenta de que, por lo general, la aparición de ideas delirantes es precedida por un estado de ánimo difuso delirante, una experiencia de extrañeza y de amenaza o bien de euforia o éxtasis. La persona enferma vive constantemente preocupada de que algo se vaya mal, incluso con la expectativa del fin del mundo y tiene una mala sensación de angustia por experimentar todo esto.

*Un homme est dans le délire lorsque ses sensations ne sont pas en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements, ses déterminations ne sont pas en rapport avec ses idées. Lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations sont indépendants de sa volonté» (Esquirol, 1814 : 28).<sup>8</sup>*

Teniendo en cuenta la complejidad intrínseca a los delirios, comprendemos que en el tratamiento y contacto con personas que deliran, debemos estar atentos para no caer en una posición unilateral, de simplemente no creer en lo que está siendo dicho. Es necesario 'creer' para comprender qué pasa, para respetar a la persona y la situación que vive y para eso, la duda y relativización de su contenido puede significar el mejor camino para no dogmatizar la idea de que los delirios son

---

<sup>8</sup> «Un hombre está delirando cuando sus sensaciones no están en correspondencia con los objetos exteriores, cuando sus ideas no corresponden con sus sensaciones, cuando sus juicios, sus determinaciones no corresponden con sus ideas. Cuando sus ideas, sus juicios, sus determinaciones son independientes de su voluntad.» (Esquirol, 1814:28) Traducción mía.

simplemente ideas sin sentido, para comprender que pueden funcionar como un portal abierto para el conocimiento de contenidos reprimidos.

### 3.3. La valorización del delirio: Aspectos de la psicopatología delirante

*«No todo lo que parece valer fuera del espejo resiste cuando se refleja.  
[...] para cada cara o gesto, hay una cara o un gesto correspondiente,  
invertido, punto por punto, en el espejo».*  
Ítalo Calvino, 1990

Nosotros, seres humanos, somos, hasta hoy, reconocidos como los únicos animales capaces de producir un juicio. Todo juicio implica una reflexión, una conclusión a partir del valor que añadimos a una conclusión, o en palabras de Nobre de Melo (1979), es la distinción de una calidad en relación a otra calidad, la distinción entre la verdad y el error mientras afirmamos nuestra relación con el mundo.

Los delirios son una desviación de las funciones psíquicas y generalmente se caracteriza por falsos juicios de contenido imposible que se presentan bajo una verdad inviolable para los enfermos, sin embargo, las características que describen el delirio, están fuera del fenómeno delirante, por lo tanto los enfermos no entienden su esencia. Un hecho curioso es que la imposibilidad de verdad en el contenido de un delirio no es una de sus características esenciales y también puede tener sentido, pues no es raro que el contenido de un delirio sea un contenido verdadero. Como ejemplo tenemos que en un delirio de celos, una persona traicionada por su pareja llega a añadir aún más fuerza a la certeza de su delirio de infidelidad conyugal cuando entra en su casa y el gato levanta su cola (Nunes, 1976).

La producción de juicio falso puede ser patológica o no, no habiendo un límite nítido entre un juicio falso y el delirio (el falso juicio patológico), donde los juicios falsos pueden ser producidos por la ignorancia, por la prisa en juzgar y así encontrarse con una cierta facilidad de confundir cosas semejantes o juzgar que algo

se repite aún siendo una coincidencia ocasional o confundir una simple impresión personal con una verdad incuestionable. La percepción de que un juicio falso es realmente un juicio falso se da por la experiencia, por la confrontación con la realidad y la posibilidad de darse cuenta que ese juicio se percibe de otra manera por la mayoría de las personas. Como ejemplo de los falsos juicios ‘no patológicos’, tenemos el racismo, el prejuicio, el etnocentrismo, entre otros.

Jaspers (1979) afirma que los delirios son juicios patológicamente falseados, es decir, hay un error en la forma de juzgar y su matriz es mórbida, tiene la motivación de factores patológicos. El delirio *«es un error mórbidamente generado e inaccesible a la argumentación lógica de los datos de la experiencia»* (Gomes, 2007:37).

Es importante tener en cuenta que se está delante de personas que viven un capítulo enfermo de sus vidas, que no es suficiente con decirles que intenten salir de esta situación, pues fisiológicamente, orgánicamente están impedidos, ya que sus hormonas se encuentran en un estado disfuncional y esto basta para que el funcionamiento de su ánimo, de sus ansiedades, de sus esfuerzos, de sus planes de futuro, de sus miedos estén todos en contradicción con la realidad y sobrecargados de emociones. Pero ellos no son culpables de esta situación: están enfermos y muchas veces es muy difícil comprenderlo. Siempre queremos ver una reacción de la persona frente a su enfermedad, pero en estos casos ellos tienen las manos atadas hasta que el tratamiento empiece a mostrar los primeros efectos de curación.

Aún para Jaspers (ídem) el delirio es un fenómeno primario, es decir, no surge de la experiencia psíquica del hombre y ésta es la razón de que sea impenetrable, no es posible tener acceso a sus contenidos ni con la más estrecha relación empática con el Psicólogo o Psiquiatra. Es algo nuevo, inserido en un determinado tiempo en la trayectoria de vida de una persona, añadiendo ideas nuevas sin perspectivas de estancarlas.

En su trayecto, los delirios son responsables por grandes y pequeñas modificaciones del comportamiento, pudiendo la persona desarrollar, en ocasiones,

comportamientos de inadaptación a la realidad del mundo y aún a la vida en sociedad.

El delirio, (du latín *delirium*, de delirare, ‘salir del sillón’) «es una perturbación ideo-afectiva que consiste en juicios, percepciones y sentimientos errados de la realidad exterior a los que el sujeto se adhiere de manera incansable» (Godfryd, 2008:69).

Una historia narrada por la mente consciente posee una iniciación, un desarrollo y un final, pero con los delirios no pasa de manera semejante: sus dimensiones de tiempo y espacio son totalmente diferentes; para comprenderlo, hay que explorarlo en todos los aspectos, al igual que se puede coger entre las manos un objeto desconocido y dale vueltas y más vueltas hasta que se perciben todos los pormenores de su forma.

Las creencias culturales y supersticiones también pueden confundirse con los delirios, pero la gran diferencia es que las creencias y supersticiones, por más absurdas y bizarras que se parezcan, son compartidas por todo un grupo social, sea el religioso, místico, político, étnico (...) mientras los delirios son individuales.

Además de su propio mal, los delirios traen consigo el mal de no anunciar cuándo van a manifestarse: son dueños de sí y hacen de las personas que deliran, esclavas de su voluntad, de las voces que escuchan, de las imágenes que aparecen. Intentar liberarse de los delirios es una lucha constante de estas personas enfermas, buscan alejarse de todo y de todos como una tentativa de protección para no escuchar, para no ver, para no sentirse perseguidos por personas, voces o miradas que sólo ellos están viendo y por lo tanto, es tan difícil para las otras personas, para la familia, principalmente, lidiar con una persona en sus crisis de delirios, por no saber qué hacer cuando esto ocurre.

En su obra *Psicopatología General*, Carl Jaspers (1979) presenta algunas características esenciales de los delirios:

- I) La convicción: La persona presenta una certeza absoluta de la veracidad de su idea delirante. Ni la experiencia objetiva de la realidad es capaz de removerla y no hay pruebas ni argumentos que se hagan convincentes.
- II) La falsedad del contenido: El delirio es un juicio falso, un error, aunque, en algunos casos sea posible encontrar algún hecho de la vida real en concordancia con la idea delirante.

Los delirios «no tienen por finalidad ser apenas una colección de imágenes, de metáforas, de temas poéticos. Además de eso, deben tener por ambición elaborar el cuadro compuesto de las esperanzas, de los temores de la especie humana, a fin de que cada una pueda reconocerse y confirmarse en ellos» (Durand, 2000:104).

En el contexto de esquizofrenia, el delirio intenta recomponer la fisura traumática inasimilable de la realidad. Él surge para reparar el espacio vacío cuando este vacío es corrosivo, cuando la realidad arde y se convierte en insoportable con una imposibilidad de asimilación, haciendo que la persona viva experiencias de exterioridad, es decir, el delirio presupone una acción externa (de otros, de objetos, de la naturaleza) contra el sujeto (o a favor de él), pero alguno externo al sujeto comprueba la veracidad de su pensamiento y alimenta sus argumentos.

Los delirios forman parte de la lista de síntomas sobre todo de los estados psicóticos agudos o crónicos y por lo general surgen cuando la persona vive un momento de intensa ansiedad, de angustia con el sentimiento de que algo terrible está a punto de pasar, pero sin saber que será. Éste se configura como el momento de ‘formación’ del juicio delirante, y un tiempo después (días o horas), es como si la ‘explicación’ del malestar estuviese clara, y como en una ‘revelación’ se encuentre la explicación para comprender lo que ‘le intentaban esconder’, pues tan importante como el delirio es la propia percepción delirante o la lectura que la persona hace de su delirio.

Un caso de mi propia experiencia profesional, fue el de una persona que conocí en la terapia de grupo en el Hospital Psiquiátrico del Recife que se levantó para luchar con la enfermera que ejercía en sus prácticas profesionales y participaba

con nosotros en el Taller de Cuentos, simplemente porque ella agitaba el pie y la persona enferma, en su delirio, asumía este movimiento como una invitación a tener relaciones homosexuales, así que empezó a pelear con la enfermera para que todo el grupo supiera que ella no era homosexual. Después de este día, la enfermera no volvió nunca más.

Según su estructura, los delirios responden a cuatro clasificaciones, como afirma Dalgarrondo (2000):

- I. Delirios simples: Están formados por ideas que se desarrollan dentro de un único tema, donde los más comunes son el religioso y el persecutorio;
- II. Delirios complejos: Son los que incluyen distintos temas en conjunto, cómo ideas de persecución, místico-religiosas, de culpabilidad, celos...
- III. Delirios no-sistematizados: los contenidos cambian a todo momento. Son comunes en personas con bajo desarrollo intelectual y discapacitados mentales;
- IV. Delirios sistematizados: sus contenidos y detalles se presentan con buena organización, historias ricas y bien fundamentadas y a lo largo del tiempo siguen una única dirección. Comunes en personas con buen desarrollo intelectual.

El proceso de delirio (simple, complejo, sistematizado o no) es una construcción inconsciente del individuo dentro de un proceso de tentativa de organización del caos resultante de la acción de la desorganización promovida por la enfermedad mental. El delirio surge como el esfuerzo de enfrentamiento y reordenación de este caos interno en su aparejo psíquico.

En este sentido, presentamos un punto de vista diferente del presentado por Jaspers (1979) y referido anteriormente, cuando se explica que el delirio es un fenómeno primario y no surge de la experiencia psíquica del hombre, afirmando también ser algo nuevo, inserido en un determinado tiempo de la historia de vida de

una persona. Es posible que desde esta publicación (cuya primera edición data de 1900), mucho haya cambiado y se hayan realizado nuevos descubrimientos. Lo que hemos encontrado, a lo largo de esta investigación y no sólo aquí sino también hemos observado desde hace años en el ejercicio de nuestro trabajo, son pequeñas y grandes conexiones entre los delirios y las historias de vida de las personas antes y durante el surgimiento de la idea delirante. Hay hechos de la realidad vivida que se mezclan con el delirio y éste no es algo puramente nuevo y desgarrado de la biografía de quien delira. Y cuando conocemos un poco de la historia de vida de una persona, son posibles las construcciones de puentes entre lo real y lo 'real distorsionado' por la propia desorganización que la enfermedad produce, una mezcla de interpretación, intuición e imaginación, pero con una hebra de algún hilo de realidad por detrás.

No es posible la generalización ni hacia un lado ni hacia otro, es decir: ni todo delirio está completamente alejado de la realidad ni tampoco está completamente unido a ella. Su contenido sigue siendo falso, de difícil modificación y fuerte convicción, pero lo que hemos percibido es alguna familiaridad entre los delirios y la biografía del delirante, cómo ya referimos, donde los delirios pueden ser percibidos como una especie de metáfora de la vida desajustada, una metáfora distorsionada de la vida, con explicaciones infundadas, pero aún una metáfora de una vida que es real, de la simbolización distorsionada de hechos reales.

Una de las más comunes manifestaciones del delirio es la intuición delirante que normalmente sigue a una fuerte idea de grandeza en que las personas se reconocen como grandes nombres de la historia universal, como Napoleón Bonaparte, Nelson Mandela e incluso Dios; no es necesario tener una similitud o una coincidencia vital para que esta intuición venga como una inspiración. En el mismo hospital donde yo trabajaba, había gente que se creía Lula da Silva, ex Presidente de la República de Brasil y creía tener la culpa de la miseria en nuestro país. También había quien creía ser Bin Laden y constantemente pedía disculpas por las muertes del 11 de septiembre de 2001 en New York. Hubo también (y esto en mayor número), quien se reconocía como la figura de Dios, hemos incluso llegado a

tener peleas cuando estábamos delante de más de una persona con el mismo delirio. Estos casos muchas veces se manifiestan en el deporte: cuando la gente está cansada intentan justificar la fatiga por haber trabajado 7 días seguidos en la creación del mundo y a continuación todavía expresan haber sido crucificados, todo esto expresado con convicción absoluta.

*«Acostumbrase a considerar como mecanismos (formadores) de los delirios aquellos fenómenos ostensibles o procesos según los cuales se producen las ideas delirantes. De esta manera, se habla de mecanismo alucinatorio, interpretativo, intuitivo, imaginativo, retrospectivo (fantasías de la memoria), onírico, etc. En realidad, tal distinción apenas tiene un valor práctico, de manera ninguna se puede pretender que se trate de verdaderos mecanismos y, mucho menos, que estos sean puros y genuinos engendradores del delirio. El delirio nace de una multiplicidad de factores complejos, que involucran y comprometen todo el psiquismo» (Pereira, 1973 apud Dalgarrondo, 2000:136).*

De esta manera y para una mejor comprensión practica del delirio, presentamos algunos mecanismos categorizados como sus mecanismos formadores, sabiendo que no les reconoceremos como únicos y genuinos, pero como las posibilidades catalogadas y aceptadas hasta los días de hoy. Esta catalogación de mecanismos formadores de los delirios sigue el modelo presentado por Dalgarrondo (2000):

∴ **Interpretación:** De manera general, la base de todos los delirios está en la interpretación, donde el individuo hace múltiples interpretaciones más o menos complejas de los acontecimientos de su vida;

∴ **Intuición:** La persona tiene una intuición repentina de la idea delirante sin que sea necesario fundamentarla ni buscar su verdad, pues lo que cree ser la verdad, llega cómo una revelación;

∴ **Imaginación:** El delirio es construido a partir de la imaginación de alguna escena o episodio;

∴ **Afectividad:** Principalmente en estados afectivos intensos, la persona comprende el mundo y su yo a través de delirios de contenido afectivo, que varían

desde la depresión hasta la euforia, como un delirio de grandiosidad, por ejemplo. Para personas con sentimiento de inferioridad, el delirio suele funcionar como una involuntaria y compleja tentativa de manutención de la auto-estima.

∴ **Memoria:** El delirio es constituido por verdaderos o falsos recuerdos que pasan a ganar una dimensión delirante.

∴ **Alteración de la Consciencia:** Los delirios están compuestos por confusiones del pensamiento, vivencias oníricas con alucinaciones. La persona no consigue separar lo que ha sido una vivencia onírica de lo que es real y así cree que todo es real;

∴ **Alteraciones Sensoperceptivas:** El delirio está formado a partir del desarrollo de una temática que ha sido generada a través de la actividad alucinatoria, como alucinaciones auditivas de contenido persecutorio o alucinaciones visuales muy vivas, por ejemplo. La percepción delirante es vivida como una especie de revelación, un descubrimiento que lleva la persona a ‘percibir’ lo que pasa a su alrededor y tiene su justificación en la necesidad constante de intentar ‘significar’ lo que está viviendo con la enfermedad.

Basado en la clasificación del DSM-IV (1994), presentamos los tipos de temas más comunes encontrados en los relatos de delirios:

∴ **Tipo Erotomaniaco:** ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto;

∴ **Tipo de Grandiosidad:** ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad o relación especial con una divinidad o una persona famosa:

∴ **Tipo Celotípico:** ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel;

∴ **Tipo Persecutorio:** ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma;

∴ **Tipo Somático:** ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica;

∴ **Tipo Mixto:** ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema;

∴ **Tipo No Especificado:** ideas delirantes que no pueden ser determinadas con claridad o cuando no están descritas en los tipos específicos.

Aún otras categorías son propuestas por Dalgarrondo (2000) y también bastante utilizadas en la clasificación de los delirios:

∴ **Tipo Místico-Religioso:** Tema muy frecuente, donde la persona siente que tiene poderes místicos, que tiene estrecha relación con la Virgen o el Espíritu Santo, con Dios o con el Diablo. También puede creer que tiene una importante misión mística o religiosa o que es porta-voz de un mensaje venida desde los cielos.

∴ **Tipo Pasional:** La persona tiene la convicción de ser amada, pero muchas veces por alguien destacado socialmente (un artista, un cantante, un millonario). También no es raro que la persona 'elegida' sea el médico. Es un tema más común entre las mujeres.

∴ **Tipo Hipocondríaco:** La persona presenta la segura convicción de que padece de una enfermedad incurable y que se va a morir. Por más que se le hagan exámenes y análisis, nadie es capaz de le quitarle la creencia de su enfermedad gravísima.

∴ **Tipo Influencia:** La persona tiene la certeza de estar siendo comandada o controlada por una fuerza, o por otra persona, o por una entidad ajena, donde una maquina o comando o antena le envían rayos y estos controlan sus pensamientos y sentimientos por completo e incluso sus funciones corporales.

∴ **Tipo Melancólico:** La percepción es la de vivir en un mundo de desgracias, sufrimientos y fracasos. Afirma traer la culpabilidad de todos los males que pasan en el mundo y en la vida de las personas que conoce u oye en la televisión. Cree haber cometido crimines, ser una persona sucia, irresponsable, pecaminosa y que merece la punición por todo el mal que ha hecho a la humanidad.

∴ **Tipo Negación:** La persona puede presentar ideas de inmortalidad y también la negación de sus órganos o los dos juntos (Síndrome de Cottard). La

persona afirma que su cuerpo está siendo destruido poco a poco, que sus venas se secan, sus órganos se está pudriendo, pero que, del mismo modo, como es inmortal, sigue sobreviviendo.

∴ **Tipo Referencia:** La persona afirma ser objetivo de constantes referencias despreciativas o calumniosas. Si hay personas charlando por la calle, cree que hablan mal de él. Para Freud, la proyección es el mecanismo de defensa presente en la formación del delirio de referencia, donde inconscientemente, una persona proyecta hacia fuera de su mundo interno las ideas, los deseos, los miedos y conflictos que serían insoportables de percibir cómo parte del mundo interno y de esta manera, el propio contenido también puede ser deformado con el delirio, variando de acuerdo con la afectividad involucrada.

Existen factores del funcionamiento cerebral, bien como factores psicológicos y psicopatológicos que pueden estar involucrados en el surgimiento de un delirio, pero es importante referir que el delirio no es una manifestación de corta duración en la enfermedad, muchas veces tiene años de duración, permaneciendo a lo largo del tiempo. Sims (1995) presenta algunos puntos importantes que pueden justificar esta longevidad del delirio:

- I. La inercia en intentar cambiar las ideas delirantes; por lo contrario, la tendencia natural de la persona querer añadir consistencia a su producción ideática;
- II. La fragilidad de la red social. El cambio de comportamiento que la enfermedad trae, muchas veces para comportamientos agresivos, proporciona una gran posibilidad de aislamiento social y un empobrecimiento de los contactos y consecuentemente de la comunicación interpersonal, generando así cada vez más sentimientos paranoides, alimentados por el rechazo y hostilidad de los que son próximos.
- III. Disminución del respeto. Muchas veces la palabra de la persona delirante ya no es más tenida en cuenta por otras personas, de esta manera, la persona puede construir nuevas interpretaciones – también

delirantes – como una forma de compensación, de manutención de la auto-estima.

Estos factores nos llevan a percibir que hay una especie de compromiso de la persona que delira y el contenido de sus delirios, hay una tentativa de organización psíquica que para la persona delirante es mucho más importante que presentar el delirio como una mera afirmación o explicación de un estado de cosas. El delirio no es sólo un relato de la alucinación, sino la idea en movimiento. Las palabras tienden a ajustarse a un modelo de hechos y elementos supuestamente presentes en el mundo empírico, aunque haya un nítido error entre la mezcla de los contenidos propuestos: « *Mi hermana está jubilada, gana poco, entonces cuando ha descubierto que soy rica, millonaria, que tengo dinero en el banco, me ha ingresado aquí para quedarse con mi fortuna... ella piensa que no lo sé...*» [Jazmín, 49, BR]. Los delirios también pueden ser un llamamiento de ayuda, solicitar a quien oye que haga algo por quien delira: «*Yo tengo cinco licenciaturas: Psicología, Periodismo, Medicina, Radiología e Ingeniería Mecánica. Necesitaba que fueras a buscar mis diplomas a la Universidad porque sólo cuando los tenga tendré a mis hijos conmigo*» [Orquídea, 37, PT].

De la misma manera, pueden traer los delirios un compromiso con el futuro, con las intenciones de la persona y algún agradecimiento a alguien que le apoya: «*Yo iba a ser ministro del ejército, Lala me ha llamado, pero no he aceptado. Te voy a decir porque: seré candidato a Gobernador en las próximas elecciones y te voy a elegir Secretaria de Artes de la Salud Mental*» [Esmeralda, 27, BR].

Además de los delirios de ruina, es posible percibir un sobre-enriquecimiento narcisista en el habla delirante y, posiblemente ahí resida la idea de Freud del delirio como tentativa de reestructuración del yo. Para la persona que delira, su idea es la más fuerte verdad, aunque no comparta la verdad convencionalmente reconocida en el mundo empírico, pero él necesita compartirla, expresarla para asegurar su verdad a través de la declaración.

Los delirios funcionan como una salida para una situación inaceptable donde la persona se percibe en situación de angustia e injusticia y empieza una búsqueda

hacia una posibilidad de sobrevivir, de vivir su historia de otra manera, para ello ‘crea’ una nueva historia para poder mirarla, pero en el momento en el que sale de la realidad hacia esa ‘nueva historia’, pierde su control y el inconsciente, que estaba a la espera de una oportunidad para manifestar sus horrores, se apodera de la situación y mueve sus contenidos como le parece, trayendo con esto una situación de confusión, de pérdida de control, de miedo y poderes desmedidos, comunes a estos episodios delirantes. Es lo que Freud (1924) denomina de tentativa de curación en la psicosis.

El sentido que la persona atribuye a su idea delirante no suele guardar ninguna relación lógica con la percepción, bien como la revelación autorreferente inmediata, por lo general presente en el delirio, que tiene la costumbre de parecer como un desencadenamiento de ideas que aseguran la sensación de certeza: *«Todas las veces que entro en mi casa, voy al acuario a ver mis peces. Y siempre, pero siempre los dos vienen hacia mí a abrir y cerrar la boca. Cada vez que eso ocurre, tengo más certeza que quieren decirme algo: que mi hermana recibe hombres en casa, en mi cama y que la verdad es que lo que les gustaría es acostarse conmigo»* [Orquídea, 37, PT].

En la percepción delirante, el juicio falso suscrito al acto perceptible, es simultáneo a él. Y esa simultaneidad [...] no permite la elaboración requerida y la actividad mental necesaria para la explicación de juicios posibles (Chalub, 1977).

Delirar no es un simple juguete de lenguaje gobernado por reglas compartidas entre pareceros discursivos, aunque la persona pueda construir y repasar informaciones plenas de fuerza ilocucionaria. Es, todavía, el exceso de la fuerza ilocucionaria de sus declaraciones delirantes lo que le conduce a un proceso de estar a la deriva, eminentemente narcisista. La articulación de sus propias palabras es para la persona una constante prueba: si sale victoriosa, gana la sensación de existir, aunque ésta sea una sensación efímera. Si no, se arriesga no sólo a volverse minimizada, sino también de existencia nula en la comunidad discursiva, verdadero naufragio entre enunciaciones – al menos que cargue sus ideas delirantes de la importancia de un reconocimiento que sus interlocutores no sean capaces de dar (Consoli, 1980).

De esta manera, ya no sería posible mirar solamente la improbabilidad del contenido para conceptualizar un delirio. El delirio es un error del juicio, es una idea que está estructurada en base a creencias falsas de la realidad sin que la persona tenga consciencia de que su mórbida creencia no coincide con la verdadera realidad.

Por más imposibles e irreales que nos parezcan las ideas delirantes, estos juicios sí pueden ser comprensibles, comprensibles dentro del sentido biográfico de quien delira. La locura no prevé una desconexión completa con la realidad, al contrario, la persona está conectada con la realidad, pero la lectura de esta realidad hace que caiga en errores a veces absurdos dentro de un patrón común de racionalidad.

Max Weber recuerda que el concepto de racionalidad nos puede presentar diversas contradicciones y que muchas acciones humanas están situadas entre la racionalidad y la irracionalidad, entre las nociones de normal y patológico: *«Entre estos extremos, que son, por un lado, la actividad orientada (subjetivamente) de manera absolutamente racional por finalidad y, por otro, los datos psíquicos absolutamente incomprensibles, existe toda una serie, hecha de transiciones indefinible, de encadenamientos (irracionales por finalidad), que son, según la expresión ordinaria, comprensibles psicológicamente»* (Weber, 1965:335).

A partir de la convivencia añadida a las anotaciones de prontuario, a algunas informaciones de familiares y de la propia persona acerca de sí misma, es posible intentar construir puentes entre las imágenes simbólicas de sus delirios y su biografía.

El delirio surge con la tarea de intentar reconfigurar la realidad dolorosa, de ayudar en la creación de una libertad más allá de esa realidad, donde *«abandonase la región del mundo real para ir a construir el otro lado en una lejana región, que pueda, al menos, existir intacta»* (Klee, 1959:300).

El juicio erróneo de la realidad es la explicación para el delirio y una tentativa inconsciente de reorganización del psiquismo ha sido la justificación presentada por Freud. Pero ni una ni otra, solas, son suficientes para sustentar sus muros. De una

idea delirante no es posible aprovechar sus siete o setenta y siete maravillas, pero las respuestas que las personas intentan dar a sus inquietudes cotidianas.

El hombre se hace en su mundo y es construido, desde niño, como un ser social, primeramente dentro de la familia y después en convivencia con la sociedad en general, sus hábitos y costumbres sociales, es decir, su realidad socio-cultural, que le constituirá como hombre enculturado y socializado. Así que el comportamiento humano, sea individual o social se establece y se relaciona en consonancia con la simbólica natural de donde está inserto.

Esta enculturación y socialización referidas tienen mucho sentido cuando hablamos de personas que no estén afectadas por una enfermedad mental, sobre todo con distorsiones del pensamiento o comportamiento gravemente desorganizado, como es el caso de la esquizofrenia. En este sentido, llamamos la atención hacia el hecho de que los comportamientos delirantes son inconscientes y por ello, no siguen un patrón de organización y consecuente articulación con la cultura ni la simbólica natural de donde la persona esté inserta.

### 3.4. Arte y delirio: un encuentro ancestral

*“Tenemos el arte para que la realidad no nos mate”*  
Nietzsche

Como hemos visto en la introducción de este trabajo, el arte forma parte, desde hace mucho, del tratamiento de las enfermedades mentales en distintos puntos del planeta.

Al hablar de los devaneos, pedimos a Bachelard que nos preste sus palabras para hablarnos de los delirios que no deben ser mirados como una fuga del mundo real, sin embargo, éstos presentan un contacto cada vez más cercano con la vida,

donde comprendemos que la imaginación poética nos enseña que al inventar su vida, el hombre está en constante reinención de sí mismo (Bachelard, 1989).

La enfermedad mental trae consigo, casi como un síntoma, pero no un síntoma de manifestación externa, más bien de manifestación interna, sentido de manera individual por cada una de las personas, la vivencia del desamparo, configurada en una rutina de matriz traumática. En este sentido, las experiencias que le han llevado a la enfermedad producían un nivel de excitación cuyo aparato psíquico no ha podido procesar, pues el punto de revelación de la psicosis es aquél donde la persona es llamada a contestar allí donde para ella, por algún motivo, no es posible.

Cuándo hay una gran perturbación, como por ejemplo la eclosión de una crisis psicótica, el inconsciente tiende a buscar reorganizarse, intentando comprender la personalidad amenazada. El arte entra en este momento en el tratamiento como una posibilidad de ofrecer un movimiento de compensación, intentando alargar el campo de la consciencia, ya que *«una vez alcanzado su centro, somos afortunados, la consciencia se alarga y se profundiza, todo queda claro, significativo; pero la vida continúa: otro laberinto, otras pruebas de diferente especie, en otro nivel»* (Eliade, 1987:137)

Las experiencias de arte en el rumbo de configuración concreta de los delirios ocupan una especial posición en la cartografía de la psique humana. La rememoración producida por el acercamiento a los contenidos inconscientes al territorio consciente se configura en un material de naturaleza especialmente biográfica. Las producciones de imágenes nos hablan de la historia de la propia persona mezclada con otras historias o con su propia historia en diferentes puntos de la línea del tiempo.

Durante el proceso de desdoblamiento de las imágenes se abre la posibilidad de una auto-exploración profunda, iniciando la experiencia de darse cuenta de sus propias vivencias y la permisión para poder trazar la línea de su vida a partir de informaciones recibidas de entrelíneas de los delirios y de relatos de la propia realidad condensados en una misma historia en una constante búsqueda de sentido.

Por ser el delirio un momento donde de la persona que delira va a buscar elementos de construcción de su delirio en los contenidos inconscientes, o mejor, donde los contenidos inconscientes han encontrado una especie de posibilidad de fuga, podemos compararlo, en cierta medida, con el hecho de jugar en los niños, donde se desprende mucha emoción, donde se *«crea un mundo de fantasía que es muy serio, quiere decir, que está revestido de una gran cantidad de emoción»* (Freud, 1908:136).

La utilización de recursos artísticos en contextos terapéuticos propone, de una forma armoniosa, una tentativa de auto-curación, un impulso instintivo de concretizar el abstracto en nombre de la reorganización del psiquismo. Las imágenes *«atan y subyugan [...] los poderes anárquicos pertenecientes al mundo de la oscuridad, y retratan o crean un orden que transforma el caos en un cosmos»* (Jung, 1982:30).

En el capítulo III de *La interpretación de los Sueños* (1900), Freud afirma que la idea del delirio es una tentativa de restablecimiento posterior a la catástrofe, posterior a la eclosión de la psicosis y cuando el delirio se presenta de forma más sistematizada, posibilita la percepción analítica de fracciones de verdades por entre las líneas de su narración, viabilizando así una posible reconstrucción histórica del sujeto.

En este contexto, el arte tiene una importancia primordial, para demarcar a través de imágenes pasajes de la vida real contadas, ya sea a través de los delirios o no. Pero con la configuración de un material que se puede tocar, que se puede mirar, que se puede modificar, es posible ir y volver para adelante y para atrás, permitiendo dialogar, interrogar, reflejar, elaborar e incluso destruir para trabajar cuestiones más y menos antiguas sin un pre-establecimiento y sin perder de vista lo que, guardado en el inconsciente, la mente, de manera caótica, intentaba esconder.

En Brasil, desde 1925 la Terapia del Arte o Arteterapia es utilizada en el tratamiento de personas con esquizofrenia, y no sólo afectados por esta dolencia, por el Psiquiatra Osório César en el Complejo Hospitalar do Juquerí (São Paulo) y poco después, la Psiquiatra Nise da Silveira desarrolla su trabajo también con Arteterapia y personas esquizofrénicas en el Hospital Pedro II, creando

posteriormente el Museo de Imágenes del Inconsciente, para albergar las obras producidas en el proceso terapéutico de diversas personas.

No siempre las emociones encuentran una forma de expresión socialmente aceptadas, fomentando así la represión de los contenidos, que luego se vuelven introvertidos, alimentando deseos y necesidades humanas, creando heridas, deformando contenidos sanos, desorganizando el espacio cotidiano individual del hombre. Un recurso de supervivencia es la proyección de contenidos inconscientes y, en el contexto de esquizofrenia, esta proyección se da a partir de los delirios, donde es el inconsciente quien proyecta lo que tiene. Los contenidos proyectados no son creados por el hombre, ya existen, están ‘acumulados’ en el hombre, en el inconsciente del hombre que le ‘guarda’ y le ‘expulsa’ cuando siente la necesidad de hacerlo.

El pintor francés Paul Cézanne reconocía vida en los objetos que pintaba y cuándo no les descubría vida, les atribuía un alma a través de los pinceles. Ésta es la fuerza del arte, de promover al hombre un camino más allá del vacío, estableciendo una conexión con la psique, liberando sentimientos enclaustrados en búsqueda de ‘liberar’ el alma de sus miedos, del vacío, del desasosiego y de otros sentimientos que siquiera el hombre consigue nombrar.

Lacan (1993) ha dicho en su Seminario 11 que la eclosión de psicosis funciona como una tentativa de reparación psíquica y el delirio es como un fragmento que viene a intentar cerrar un desgarro producido en la relación del sujeto con el mundo. El arte establece una unión con el sentimiento, con la emoción contenida entre los bordes del desgarro y que afectan directamente a las acciones del hombre.

La creatividad es un proceso soberanamente emotivo que surge a partir de la experiencia de auto-realización de nuestra potencialidad añadida a un vivo encuentro con una idea (May, 2007), beneficiando la expansión de la consciencia, una organización de sentimientos, cuestionando visiones del mundo y actitudes frente a ellas en una tentativa de pasar más suavemente por la experiencia del sufrimiento mental. De esta manera, la utilización del arte en el proceso de delirio, funciona,

especialmente como un canalizador de sus contenidos, de manera que favorezca su desdoblamiento, su concretización y la información de los sentimientos embotados para que puedan ser transformados durante el proceso terapéutico.

## 4. Los aspectos metodológicos

*«¿Qué sé yo del que seré, yo que no sé lo que soy?  
¿Ser lo que pienso? Pero ¡pienso ser tantas cosas!  
¡Y hay tantos que piensan ser lo mismo que no puede haber tantos!»*  
Tabaquería, Fernando Pessoa

Dentro del terreno de la Etnopsiquiatría, poco o muy poco se ha estudiado acerca de los delirios para poder comprender su génesis. Aquí no hablamos de la génesis orgánica, de la que trata la Psiquiatría, sino de la génesis en un sentido más abstracto y al mismo tiempo empírico, es decir, de qué herencia se alimentan los delirios, ¿de la naturaleza humana o de la cultura? Esta es nuestra cuestión de partida y nos proponemos a caminar por el universo delirante en búsqueda de estas respuestas.

Habiendo trabajado en el contexto hospitalario psiquiátrico de diferentes países desde hace nueve años, esta es una de las cuestiones que aún no he conseguido comprender. Por lo tanto, si partimos de la idea de que los trastornos mentales son factores que se registran en un determinado contexto cultural y no de manera universal, comprendemos que éstos deben ser considerados en base a factores culturales y jamás con una lectura única para todos ellos.

Todavía, si determinamos una enfermedad – la psicosis esquizofrénica con episodios delirantes- y miramos a la mente humana como la naturaleza y la psique inscrita en lo que se ha formado y constituido a partir del nacimiento, o sea, como lo sociocultural; pasaremos a percibir si los delirios se forman a partir de una u otra estructura.

En los pocos casos donde se investiga la influencia de la cultura referente a las reacciones mentales de las poblaciones, es posible observar que la cultura es un determinante mucho más importante que la constitución física. De esta manera, es necesario que la base de la investigación de la vida mental del hombre se base en un estudio de las formas culturales y de las inter-relaciones entre vida mental individual y la cultura (Boas, 2004).

De esta manera, elaboramos las siguientes hipótesis:

1. *Los delirios están inscritos en la cultura, donde su contenido atañe a los parámetros culturales de un pueblo.*

2. *Los delirios son parte de la naturaleza humana en situación de enfermedad mental, de manera que tienen un carácter universal.*

Para percibir si existen más semejanzas o diferencias en el contenido de los delirios, el arte nos dará el material necesario para que podamos conocer las imágenes mentales de personas que padecen esta enfermedad en una ciudad de Brasil (Recife) y en una ciudad de Cabo Verde (Praia) para compararlas, señalando que lo que iremos comparar son las imágenes producidas y las contextualizaciones de sus autores y no las personas. Hemos introducido en este trabajo una investigación semejante, aunque de menor calibre, en Portugal (Braga), como representación de una civilización más antigua y quizá, con un escenario diferente.

Y teniendo en cuenta que «*el objetivo de la antropología consiste en ampliar el universo del discurso humano*» (Geertz, 1989:24), es nuestra pretensión en este estudio a través de la escucha y de la materialización de ideas delirantes en el dibujo sobre papel A4, utilizando tinta guache, lápices de colores y gis de cera. Procuraremos presentar, en la medida de lo posible, las palabras de las personas sobre de sus delirios y su enfermedad y no nuestra interpretación acerca de estos contenidos, de forma que el lector pueda seguir el hilo que nos ha llevado hasta el desenlace de nuestras conclusiones.

#### **4.1. Algunos Territorios Conceptuales**

Para el desarrollo de esta investigación, nos proponemos pautarnos en tres conceptos fundamentales, a saber:

**Etnopsiquiatría:** Es una rama de la Antropología Médica que, según Noronha (1986), tiene el propósito de establecer un lenguaje susceptible de ser comprendida por todos, valorar el medio donde vive la persona enferma y utilizarse de este medio para favorecer su recuperación, involucrando a la persona enferma, a su familia y a su entorno en el tratamiento, para buscar comprender la etiología de la enfermedad y buscar soluciones para ella.

**Imaginário:** Según Laplantine (s/d), el imaginario es un movilizador y evocador de imágenes, que utiliza el contenido simbólico para expresarse y, a su vez, el simbólico presupone la capacidad imaginaria.

**Delirio:** Los delirios son juicios falsos de la realidad que pueden ser producidos de diversas maneras, teniendo como característica principal la incomprendibilidad, es decir, no es necesario ningún factor real para justificarlo, surge por situaciones afectivas intensas o dolorosas que impiden al sujeto pensar de forma objetiva y lógica. Forma parte del grupo de síntomas de la esquizofrenia.

#### 4.2. OBJETIVOS:

##### **Objetivo general:**

Conocer el contenido de los delirios de personas que viven con enfermedad psicótica (esquizofrénica) con episodios delirantes en Recife (Brasil) y Praia (Cabo Verde) a partir de un estudio simbólico comparativo de productos de confección pictórica y compararlos en una búsqueda por comprender si estos contenidos son de cariz natural, o se son de naturaleza cultural.

##### **Objetivos específicos:**

1. Comprender el sufrimiento mental, el camino hasta el delirio y el delirio propiamente dicho.
2. Promover la relectura de las historias humanas a partir del contacto con las historias literarias.
3. Favorecer el diálogo bidireccional y el desarrollo de la empatía entre el grupo.
4. Favorecer la convivencia social de una forma libre y relajada.
5. Fomentar el contacto con la libertad proveniente del arte a partir del Taller de Arteterapia.

6. Fomentar el desarrollo intelectual, personal y afectivo de las personas participantes de este estudio.
7. Conocer las imágenes que aparecen en sus delirios, intentando establecer un puente entre los delirios y sus historias de vida.
8. Utilizar estas imágenes para establecer un estudio comparado entre el contenido de los delirios del grupo de personas acompañadas en Brasil (Recife) con el mismo contenido del grupo de personas acompañadas en Cabo Verde (Praia) y del pequeño grupo de personas en Braga (Portugal).

### **4.3. Metodología**

El método etnográfico surgió de y para la Antropología, es el método que estudia descriptivamente las culturas, como bien dijo Malinowski. La metodología etnográfica envuelve un conjunto de técnicas y prácticas que se complementan para fomentar una caracterización cualitativa de la realidad a estudiar, como la observación objetiva y participante; las conversaciones, entrevistas abiertas y cuestionarios, la investigación de la historia de vida y los estudios de caso. Con estas herramientas, es posible preparar, recoger, analizar e interpretar los datos alcanzados para que sea posible comprender el objeto de estudio.

La metodología de investigación utilizada responde, casi en exclusividad, al método etnográfico, desde una perspectiva cualitativa. Utilizamos como recursos principales para el trabajo de campo, la observación participante a partir de la promoción de un Taller de Arteterapia, donde hemos trabajado con cuentos y artes plásticas, pero también las entrevistas y conversaciones, con grupos de personas con diagnósticos de Esquizofrenia que presenten episodios delirantes en cada uno de los Hospitales Psiquiátricos de los dos países elegidos para este estudio. La elección de las personas ha sido por informes de sus Psiquiatras. Durante este proceso, se utilizaron cuentos con la función de catalizadores del tema de los encuentros, donde fueron dibujadas y trabajadas las imágenes de los delirios, compartiendo historias de vida de antes y después del inicio de la enfermedad, construyendo con imágenes todo ese itinerario minado de delirios.

«La cultura está compuesta de estructuras psicológicas a través de las cuales los individuos o grupos de individuos guían su comportamiento» (Geertz, 1989). De esta manera, procuramos comprender estas estructuras y percibir si también actúan como guías de las ideas delirantes, si cuando delira, una persona continúa dentro de los patrones de las estructuras psicológicas de la sociedad de la cual forma parte.

Hemos cambiado de posición y de mirada: desde el todo hacia las partes y de las partes hacia el todo, no vislumbrando cómo podríamos comprender los delirios fuera del prisma de cada cultura ni cómo comprender la cultura en cuestión desde una mirada que no estuviera donde están las personas que deliran, aún teniendo en cuenta y siendo conscientes de que nuestra mirada nunca será igual a las suyas. En este escenario, ha predominado el abordaje EMIC, donde procuramos atribuir las interpretaciones nativas a las imágenes estudiadas.

Partiendo de una investigación basada en la experiencia de un taller de cuentos y pintura en el Centro de Atención Psicosocial Casa Forte (Recife/Brasil), en el Sanatório Recife (Recife/Brasil), en el Hospital da Trindade (Praia/Cabo Verde) y en la Casa de Saúde do Bom Jesus (Braga/Portugal) se analiza la posibilidad de lectura del imaginario de personas con diagnóstico de psicosis esquizofrénica, que presenten episodios delirantes a partir de las imágenes, donde dibujan sus convicciones delirantes. No se trata de describir el proceso clínico de los participantes en el taller, más bien es un análisis hecho desde la posición antropológica, de la posibilidad de expresarse a través de imágenes, que en el caso de la esquizofrenia puede constituir una vía alternativa a la comunicación verbal. Se analiza una muestra de dibujos, incluyendo las narraciones de los delirios correspondientes aquellas imágenes. Trabajamos con el concepto de arte como una modalidad de expresión, única y exclusivamente ésta.

La parte práctica de este trabajo fue realizada en dos sesiones semanales de Arteterapia o Terapia del Arte con 1 hora de duración cada una en cada Centro de Tratamiento, realizadas entre los meses de febrero y agosto/2010 en Recife y entre

septiembre/2010 y febrero/2011 en Praia. Durante el mes de junio/2010, hemos estado realizando el estudio en Braga.

En la recolección de datos utilizamos la técnica de la observación directa y participante. Las técnicas de dibujos y registros de fotografía también forman parte de la recolección así como las anotaciones extraídas de las convicciones delirantes, sobre las cuales hablaban las personas de sus trabajos.

Las imágenes y las narrativas contenidas en este trabajo están autorizados por las personas que las han producido. Los nombres de las personas están cambiados para mantener su anonimato, habiendo sido cambiados por nombres de flores para las mujeres y nombre de piedras preciosas para los hombres, aparecen seguidos de las siglas BR cuando es de una persona de Brasil, CV cuándo es de una persona de Cabo Verde y con PT cuándo de una persona de Portugal. Es un estudio exclusivo con adultos de edades comprendidas entre los 19 y los 66 años.

Este trabajo intenta indicar parte del camino para fortalecer el hecho de que el arte pueda continuar siendo un beneficio precioso en el tratamiento de las enfermedades mentales, en este caso específico de la psicosis esquizofrénica o también llamada esquizofrenia. El contacto con las imágenes de los delirios nos hace ver que éstos no están tan lejos de sus realidades y por esto merecen ser considerados en sus tratamientos más como una herramienta de comunicación que ayude en la comprensión del escenario delirante como parte de la vida real y de igual forma se descubre también una nueva manera de expresión del individuo.



*Figuras 2 y 3: Personas dibujando imágenes que surgen en sus delirios.*

Esta investigación se configura como una investigación cualitativa y, de esta manera, se fundamenta en un paradigma científico que acepta la existencia de múltiples realidades, basándose en la lógica del descubrimiento y no en la lógica de la verificación, buscando profundizar en aspectos del mundo real que no necesitan una mirada más extensiva, pero sí una inmersión en sus significados (Eizirik, 2003).

#### **4.4. Perfil de la muestra y de las instituciones de ejecución de la investigación**

Los participantes de este estudio fueron seleccionados en cuatro instituciones para el tratamiento de la salud mental, siendo tres hospitales de ingresos psiquiátricos y un hospital de día, a saber: Sanatório Recife y CAPS (Centro de Atención Psicosocial) Casa Forte, en la ciudad de Recife (Brasil), Hospital Agostinho Neto – Extensión Trindade, en la ciudad de Praia (Cabo Verde) y Casa de Saúde do Bom Jesus, en la ciudad de Braga (Portugal). Todos los participantes fueron diagnosticados con Esquizofrenia, no importando las derivaciones de la enfermedad (el tipo de esquizofrenia), importando solamente la presencia de episodios delirantes.

##### **4.4.1. Sanatorio Recife (Recife/Brasil)**

Fundado en 1936 por el Psiquiatra Ulysses Pernambucano de Mello, el Sanatorio Recife cuenta con 285 camas para atendimento de hombres y mujeres que sufren de trastornos mentales, estando, normalmente, con su capacidad agotada. Está localizado en el bucólico barrio de Boa Vista, en Recife, donde presta servicios psiquiátricos a aquella población. Está vinculado al Sistema Único de Salud brasileño, pero también recibe personas a nivel de convenios privados de salud y de las fuerzas armadas.



*Figuras 4, 5 y 6: Portada del Sanatório Recife e interior*

#### 4.4.2. CAPS Casa Forte (Recife/Brasil)

Fundado desde 2002, funciona en régimen de hospital de día, ofreciendo actividades de rehabilitación y reeducación, especialmente en los terrenos del arte, con talleres terapéuticos en su espacio, ofreciendo también atendimento de ambulatorio y asistencia domiciliaria, contando con una media de 40 personas/día



*Figura 7: Placa del CAPS Casa Forte*

#### 4.4.3. Hospital Agostinho Neto – Extensión Trindade (Praia/Cabo Verde)

Inaugurado en el año 2000, se ha trasladado a esta Extensión el tratamiento psiquiátrico que antes ocupaba una enfermería en el Hospital Agostinho Neto, en Praia; sin embargo, sus actividades han empezado en esta nueva

casa sólo en 2003. Por estar localizado en el municipio de Trindade, región metropolitana de Praia, es conocido por Hospital de Trindade. Cuenta con servicio de psiquiatría en régimen de internamiento, ambulatorio y hospital de día y también un centro de salud. Su capacidad es de 50 personas, hombres y mujeres, adultos, contando con un cuerpo funcional de 70 personas.



*Figuras 8 y 9: Portada del Hospital Agostinho Neto – Extensión Trindade e interior*

#### **4.4.4. Casa de Saúde do Bom Jesus (Braga/Portugal)**

La Casa de Saúde do Bom Jesus es uno de los doce Centros de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús en Portugal, una Institución de Solidaridad Social, fundada en Braga, en 30 de Septiembre de 1932. Actualmente cuenta con 06 Unidades de Internamientos, con capacidad total para 365 personas y también una Residencia Protegida que alberga a 07 personas y Apartamentos Terapéuticos donde están 13 personas. Atiende demandas de tratamientos a personas adultas con enfermedades mentales agudas y crónicas, gerontopsiquiatría y deshabituación de alcohol y otras sustancias, contando con el empeño de 209 profesionales.



*Figura 10: Portada de la Casa de Saúde do Bom Jesus*

#### **4.5. Recolección de datos**

Las personas participaron de este estudio en sus locales de tratamiento, estando disponible una sala para este propósito. En todas las instituciones, participaron en grupos de 10 a 12 personas, no se han realizado consultas individuales. Además de los datos recogidos a partir de las presentaciones de dibujos en los encuentros, fueron también consultados los prontuarios médicos y, en ocasiones, a los profesionales que acompañaban su tratamiento en la institución (Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales y Enfermeros).

#### **4.6. Aspectos éticos**

Por tratarse de una investigación clínica, es decir, utilizando los contenidos terapéuticos de personas en tratamiento de una enfermedad, para el enriquecimiento del trabajo, este estudio obedeció la normativa y directrices contenidas en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud de Brasil (ANEXO 1).

Antes del inicio de los encuentros con los sujetos de la muestra, fue solicitada autorización a la Dirección de las Instituciones, y a las respectivas Comisiones de Ética. Todos los participantes fueron informados al respecto de la naturaleza del trabajo, sus posibles beneficios y les ha sido dada total garantía de confidencialidad. Estos sujetos nos han dado su consentimiento de participación después de la lectura

y esclarecimiento de dudas del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (ANEXO 2).

#### **4.7. Sujetos**

La muestra de este estudio está formada por 66 sujetos, siendo 31 de Cabo Verde y 30 de Brasil, siendo 19 del Sanatorio Recife y 11 del CAPS Casa Forte y 05 de la Casa de Saúde do Bom Jesus. Este tamaño de la muestra fue considerado empíricamente adecuado después de la evaluación de la población de cada institución y por contar con la importancia de la incidencia de un síntoma y no solamente de un diagnóstico. Solamente tratándose de la muestra de Portugal, ha sido una pequeña muestra por no hacer parte de nuestro foco principal de investigación y funcionar solamente a nivel de información añadida.

#### **4.8. Dibujo del estudio**

Se trata de un estudio comparado de dibujos de personas con diagnóstico de esquizofrenia que cuentan con actividades delirantes en Brasil y Cabo Verde y a nivel de información de otra población, presentaremos también un estudio realizado en Portugal. Esta comparación será establecida a partir del dibujo de las imágenes de estos delirios y sus narraciones, donde este estará siendo el material comparado y no las personas.

#### **4.9. Selección de los sujetos**

La selección de los sujetos de la muestra fue realizada por la Dirección de las Instituciones (todas son dirigidas por Psiquiatras que atienden estos servicios), donde fue solicitada una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia que contasen con actividad delirante.

Fueron consideradas para este estudio solamente personas con una historia mínima de cinco años de enfermedad, de ambos los sexos y mayores de 18 años.

#### 4.10. Criterios de exclusión

- Presentación de delirios a partir de otros diagnósticos (uso de sustancias psicoactivas o intersección con otras enfermedades);
- Prejuicio cognitivo que comprometa la entrevista;
- Persona que no desee participar del estudio.

#### 4.11. Breve caracterización de los participantes del estudio

Cómo has sido dicho, participaron de este estudio 66 personas, entre ellas, 40 hombres y 26 mujeres, la mayoría con edades entre los 36 y 45 años, solteras y cuando se han enfermado ejercían actividades de obreros, estudiantes o estaban desempleadas. En relación al nivel de escolaridad, la mayoría interrumpieron sus estudios entre el 6° y el 10° año de escolarización y la religión predominante es la católica.

En relación al perfil psiquiátrico, predomina el inicio de la enfermedad entre los 18 y los 22 años, son personas con un número de ingresos variando entre 2 y 4 y con la madre como antecedente familiar predominante con enfermedad mental, aunque en menos de la mitad de los sujetos.

Los números referentes a estos datos están presentados en el anexo 3.

#### 4.12. Instrumentos

A partir de la revisión de la literatura, buscamos seleccionar instrumentos adecuados a nuestra muestra de personas en proceso delirante:

- ∴ *Cuestionario socio-demográfico y de antecedentes*: un cuestionario semi-estructurado para la recolección de datos socio-demográficos e historia previa de la persona, semejante al normalmente utilizado en el momento de admisión de personas en los hospitales psiquiátricos (ANEXO 4).
- ∴ *Histórico Psiquiátrico*: También sigue el mismo camino documental del cuestionario anterior, todavía en búsqueda de informaciones de foro psiquiátrico de la persona y sus familiares apuntadas cronológicamente, bien

como informaciones sobre suicidios y comprometimiento general de la persona por la enfermedad (ANEXO 5).

- .∴ Criterio Diagnóstico de la Clasificación Internacional de Salud – CID 10 (OMS, 1993): Fue utilizado para la confirmación de los diagnósticos de esquizofrenia y de las prescripciones de la presencia de ideas delirantes. Ambos son utilizados en la práctica clínica en Brasil y en Cabo Verde (ANEXO 6).
- .∴ Intersección de las imágenes: Buscamos un reconocimiento de elementos que se repiten o no en los dibujos de los participantes del estudio, no solamente el reconocimiento de elementos semejantes sino también, de sentidos semejantes a elementos distintos.

#### **4.13. Resultados**

Al final, hemos producido una especie de análisis funcional de los delirios en la vida de las personas, percibiendo que las personas viven inmersas en una cultura predominante, pero que los delirios no ‘obedecen’ a las reglas estandarizadas de esta cultura. Y que así, puede ser posible una mayor comprensión de la persona cuando inserida no solamente en una cultura, sino también en una convicción delirante, que parece coger su fuerza de una cultura delirante apartada.

## 5. «*La locura es una amenaza*»<sup>9</sup>: cuando el imaginario invade la realidad y la pinta con sus colores

### 5.1. El role social de enfermo mental

“... *Sin la locura, ¿que es el hombre  
Más que la bestia saludable  
Cadáver adiado que procrea?*  
Fernando Pessoa

El Psiquiatra suizo Carl Gustav Jung, en su artículo “El concepto de Arquetipo”, reflexionando acerca de la interferencia de la personalidad del observador en la percepción de la realidad, nos plantea una cuestión: «*será posible que un hombre sólo pueda pensar, decir, hacer lo que él mismo es?*» (Jung, 2000:150). Esto representa para nosotros el concepto de arquetipo, un término acuñado por la Filosofía para designar «*la idea en el sentido platónico*» (Jung, 2000:149). El sentido de arquetipo indica un factor inato anterior a las características de la personalidad humana, teniendo en cuenta que cada persona presenta singularidades que la diferencian de los demás humanos y, según Jung, «*es imposible suponer que todas estas particularidades sean creadas sólo en el momento en que aparecen*» (Jung, 2000:151).

De esta manera no es posible negar que nacemos con posibilidades potenciales de comportamientos listas al desarrollo, sobre todo con la capacidad de diferenciarse al desarrollar la propia personalidad. Este potencial únicamente humano fue nominado por Jung de arquetipo. De esta manera, es posible sacar de la colectividad la responsabilidad de moldear la personalidad humana, pues son las experiencias personales, la historia de vida, vivencias observadas por un único punto

---

<sup>9</sup> (Bastide, 1977:237).

de vista que posibilitan el desarrollo de la personalidad – que por su vez es revelada en el ambiente colectivo a partir de las expectativas y patrones comunes a la sociedad a que pertenece.

Aún relató Jung (1999:78) que *«la base esencial de nuestra personalidad es la afectividad»*. Cada hombre puede percibir el mundo solamente con sus ojos, con sus sentimientos, con sus deseos, con su singularidad. Y a la medida en que este hombre va experimentando la vida y las vivencias llenas de afecto pasan a constituirse los arquetipos, estos van adornando su manera de ser, especialmente su manera de ser con los otros, pues es esta relación entre el individual y el colectivo que hace del hombre lo que es.

Muchas veces las personas tienen conductas de una manera distinta de lo que desearían tener, pero también como las personas en su entorno, apegadas a símbolos, a mitos, a convenciones sociales, a modelos pre-establecidos siendo estos dichos los ‘normales’ con los cuales esperan que ellas se porten en el desempeño de sus roles.

Y sobre los roles sociales, Talcott Parsons (1974) nos explica que son los tipos de componentes estructurales en función de la mejor adaptación, según proceda, para definir un grupo de personas entre las expectativas mutuas, que forma parte de una comunidad en particular. Así pues, los roles abarcan los temas básicos de la interpenetración entre el sistema social y la personalidad del individuo. Sin embargo, un rol nunca es idiosincrásico de un determinado individuo. Una madre es madre de sus hijos en su maternidad, sino también en términos de estructura de la matriz de roles en la sociedad. Al mismo tiempo, también combina varios contextos de interacción, para representar, por ejemplo, un rol profesional.

Las personas actúan bajo la expectativa relacionada con un contexto de interacción teniendo en cuenta lo que los demás esperan de ellas y de sus actitudes y también esperan las reacciones de los demás en relación a lo que hacen. Cuando las expectativas se establecen y son sostenidas, son consideradas patrones y las reacciones provocadas son llamadas sanciones. Y, para que sus huellas sean guiadas por los límites entre los patrones y las sanciones comunes a la sociedad a la que se

pertenece, es posible decir que las personas están a desempeñar roles sociales (Parsons, 1951).

Parsons (Ídem) nos indica que al compartir los valores comunes, la gente tiende a evitar las sanciones negativas y, por tanto, a portarse de acuerdo con el comportamiento esperado para ella, incluso si el comportamiento va en contra de sus intereses actuales. Sin embargo, como estos valores no son hereditarios pero asimilados, con el tiempo pasan a convertirse en parte de la personalidad y las motivaciones más profundas buscan satisfacer las expectativas relacionadas con los roles ejecutados, con lo cual se mantiene la sociedad unida, donde, en última instancia, los intereses colectivos acaban por convertirse en las necesidades de los individuos.

Es en esta misma obra, *The Social Systems*, Parsons (Ídem) preséntanos la cuestión de la desviación como factor sociológico y no psiquiátrico, definiéndolo con repulsa o incapacidad del ego de interiorizar reglas.

Esto también es lo que Roger Bastide fija cuando expresa «*que nuestra sociedad es una sociedad industrial, que nuestra ideología es una ideología de la producción, que la desviación es definida por nuestros modos de producción y, por lo tanto, la locura es antes que nada una forma de improductividad*» (Bastide, 1977:270).

Desde su concepto de función social en general y de rol de enfermo, en particular, Parsons edificó importantes soportes teóricos para el perfeccionamiento de estudios de las ciencias sociales en el ámbito de las ciencias médicas. A los ojos de su teoría, la función social de enfermo trae una gama de expectativas de las personas que están enfermas y otras personas que interactúan con ellas. En este criterio, la norma es constantemente reforzada y la desviación castigada. Y como ninguna de las partes puede definir autónomamente su propio rol en relación al otro, la relación humana, en general, y la relación entre el médico y la persona que está enferma, en particular, lejos de presentaren medios naturales para la interacción social, determinan sus actitudes a partir de un conjunto de expectativas recíprocas impuestas socialmente, por lo que los médicos y las personas que están enfermos

tienden a actuar de forma previsible y constante en el sistema social al que pertenecen.

W. Watson, en 1958 publicó un estudio antropológico sobre los Mambive, de la Rhodesia del Norte/África, lo que demuestra que en esta comunidad llamada "primitiva" no se espera que la persona enferma se mantenga enferma durante más de tres días, porque al término de esta fecha, ella será considerada víctima de una brujería o mal de ojos y no de enfermedad, para ellos, natural. Y la víctima de brujería, o vuelve a la normalidad debido a la contra-brujería o la sociedad la considera irrecuperable y, por tanto, perdida para el grupo - que no tiene recursos para prolongar su vida anormal. Dentro de esta condición socio-cultural, las personas crónicamente enfermas sobreviven actuando no como enfermas, si no ejerciendo roles sociales específicos de enfermos, pero como miembros socialmente normales de la comunidad (Freyre, 2004).

En la civilización occidental, cuando es evidente el rol de enfermo este logra más fuerza y por consiguiente más gravedad y esto es comprometimiento con la enfermedad. Si las personas que están enfermas son llamadas por enfermos y no por sus nombres, este rol de enfermo adquiere personalidad y empieza a disminuir la actitud de cambio frente a la enfermedad, favoreciendo el rol de la inercia común a muchas enfermedades, pues esta será la palabra que los guiará mientras reconocen su nuevo rol social, mientras tienen autenticada su existencia en este momento. Y llamarlo por este nombre que le acuerda estar constantemente enfermo puede tornar irrecuperables sus roles saludables y mantenerlo preso en la soledad de su molestia.

De esta manera, si es verdad que somos todos diferentes, vemos que las construcciones teóricas tienen gran importancia en la definición de los nombres que reúnen como iguales personas diferentes. Porque 'ser' enfermo será más fuerte que 'estar' enfermo y la enfermedad se tornará un rol de mayor comodidad, donde las exigencias son más ligeras y las personas reciben cariño y cuidado, entonces fácilmente se es seducido por este rol de enfermo y es posible tornarse real, como dice el poeta:

*«He hecho de mí lo que no sabía,  
y lo que podía hacer de mí no hice.  
El disfraz que me puse estaba equivocado.  
Me conocieron enseguida como quien no era y no lo desmentí, y me perdí.  
Cuando quise quitarme el antifaz,  
lo tenía pegado a la cara» (Pessoa, 2000:66).*

Y así es como entramos en comunión los científicos y los poetas en búsqueda de un plus-valía para contribuir para la evolución de la humanidad, especialmente en el cuidado de los seres humanos. Caminamos a un lugar donde la asociación con el color y el arte proporciona respuestas creativas a cuestiones científicas que se mantenían entre las paredes de la ciencia, se convertían en un área de acceso restringido a la academia, donde las personas son separadas por grupos cada vez más restrictos no solamente a nivel de estudios, cómo también a nivel de convivencia social, considerados como ‘los normales’ y ‘los anormales’ de otro lado.

*«Es clásico el horror o aversión que ha caracterizado la actitud de los diversos grupos de personas sanas de diferentes sociedades con respecto a grupos de pacientes de determinadas enfermedades y deformidades: una aversión perturbadora de diversos tipos de convivencia. Enfermedades - no sólo como la mental y nerviosa - que separan marido de la mujer, la madre al hijo, abuelo a nieto, alterando la vida de su familia en lo que ella tiene de más entusiasta. Enfermedades que hacen de determinados tipos de pacientes grupos de reclusos en los hospitales, hospicios, sanatorios, grupos segregados de la sociedad o de las sociedades de donde vienen estos segregados» (Freyre, 2004:68).*

Esta segregación conduce a la enfermedad. Muchas personas con quien he trabajado a lo largo de mi actuación como Psicóloga refieren que su enfermedad aguda o crónica tiene una correlación con sus relaciones familiares, especialmente en el descarrilar de la relación conyugal, porque las dificultades y las decepciones causan enfermedades. Males de amor y desilusiones causan enfermedades. Abandono y descuido de la atención causan enfermedades.

Pero poco a poco, la imagen del «loco» es cada vez más familiar, más estrecha, más habitual. Y denunciar la locura se convierte en una forma habitual de críticas. En cuentos y chistes, el personaje del loco, del simple, del bobo se mueve en los márgenes con un perfil familiar y grotesco para el centro de la escena, en el papel de guardián de la verdad, en contraste con la función que ocupa la locura en las páginas de la vida.

*«Si la locura lleva a todos a un estado de ceguera donde todos se pierden, el loco, por lo contrario recuerda a cada uno de su verdad. En la comedia en la que todos engañan a los otros para eludir a sí mismos, el es la comedia en el segundo grado, el engaño del engaño. Habla en su idioma de estúpido, que no se parece con la razón, las palabras que son racionales y hacen una divertida comedia: el dice del amor para los enamorados, de la verdad de la vida para los jóvenes, de la pobre realidad de las cosas para los orgullosos, los insolentes y los que mienten»* (Foucault, 2005:14).

Durante muchos años, la figura del «loco» se ha establecido cómo la de lo que dice verdades, las verdades que hipócritamente para las otras personas era peligroso o grotesco decir las, pero no para el «loco», el dueño de una manera singular de decir verdades.

## **5.2. La enfermedad mental como un hilo que teje la muerte social**

David Cooper (1978) apunta no encontrar grandioso valor en la normalidad estadística, que es algo como la muerte-en-vida, donde las personas son reconocidas por el estereotipo de sus papeles sociales. Por otro lado, la sanidad está íntimamente relacionada con la enfermedad mental y es descubierta en la oposición a la normalidad. Lo que torna diferentes la persona sana y la persona que vive con enfermedad mental, por ejemplo, una persona diagnosticada con esquizofrenia, es que la primera guarda razonables estrategias para defenderse y apenas defenderse de

las trampas del mundo considerado 'normal', intentando esquivarse de esta muerte-en-vida, de la muerte social.

Porque el poder de la muerte tiene muchas fisonomías No es únicamente la muerte biológica quien nos mata, ha también otras muertes que inspiran sus maleficios. La muerte psíquica, por ejemplo, de personas que sufren de enfermedades mentales, que torna frágil aquello que de ella padece y lo reduce a una igualdad horrible, esté la persona a sufrir de melancolía, de esquizofrenia, totalmente muerta en su cerrado mundo. Terrible también es la muerte social – a que a nosotros es más familiar. Aislamiento, psiquiatrización o sencillamente el abandono de un familiar en un hospital psiquiátrico.

Dentro de estos ejemplos, reconocemos un gesto común: el poder de separación, de ruptura, de desenlace siempre ligado a la muerte. Así, las personas enfermas acaban presas simbólicamente a un grupo segregado del grupo considerado normal, marcadas con una etiqueta de esquizofrénico, depresivo, neurótico, etc. de la misma manera que son consideradas como la gente socialmente muerta los individuos no productivos, los que cometieron delincuencias y crímenes, están marginalizados, rejitados. Y este movimiento de ponerse distante es un fuerte agente excluyente de más una víctima, sea ella un cadáver biológico, que vaya al cementerio o un cadáver social del 'loco', 'viejo', 'discapacitado', 'encarcelado', así mismo nunca privados de la mirada de Dios (Thomas, 1978).

*«El desatino de la locura sustituyó la muerte y la seriedad con que la acompaña. De la descubierta de esa necesidad, que finalmente reducía el hombre a nada, se ha pasado a contemplación desdeñosa de este nada que es la propia existencia»* (Foucault, 2005:15-16). Desde el inicio de su historia, la locura aparece muy ligada a la figura de la muerte, como otra forma de si morir: la muerte en vida, la muerte de la razón, la muerte social. Sin embargo, no una muerte total, pues la verdad pide pasaje en la voz de los dichos 'locos' y esta es la gran prueba de que continúan vivos. Hablan por palabras dichas y escritas, gestos e imágenes. La comunicación brota de una sabiduría propia, ni siempre comprensible a la comunicación común.

*«Una enfermedad es, en cierto respecto, una disociación orgánica; es un órgano o un elemento cualquiera del cuerpo vivo que se rebela, rompe la sinergia vital y conspira a un fin distinto del que conspiran los demás elementos con él coordinados. Su fin puede ser, considerado en sí, es decir, en abstracto, más elevado, más noble, más... todo lo que se quiera, pero es otro. [...] Todo lo que en mí conspira a romper la unidad y la continuidad de mi vida, conspira a destruirme, y, por lo tanto, a destruirse. Todo individuo que en un pueblo conspira a romper la unidad y la continuidad espirituales de ese pueblo, tiende a destruirlo y a destruirse como parte de ese pueblo. ¿Qué tal otro pueblo es mejor? Perfectamente, aunque no entendamos bien qué es eso de mejor o peor. ¿Qué es más rico? Concedido. ¿Qué es más culto? Concedido también. ¿Que vive más feliz? Esto ya..., pero, en fin, ¡pase! ¿Que vence, eso que llaman vencer, mientras nosotros somos vencidos? Enhorabuena. Todo esto está bien, pero es otro. Y basta. Porque para mí, el hacerme otro, rompiendo la unidad y la continuidad de mi vida, es dejar de ser el que soy, es decir, es sencillamente dejar de ser. Y esto no: ¡todo antes que esto!» (Unamuno, 1986:4).*

En el trabajo con arte, la comunicación va a buscar informaciones guardadas en el inconsciente y que, posiblemente estarán carentes de sentido para que puedan alojarse en territorio consciente. *«El símbolo, en su dinamismo instaurador en búsqueda de sentido, constituye, el propio, modelo de mediación del Eterno en el temporal» (Durand, 2000:106).* Así, concretizar contenidos internos también es una manera de perpetuarse, de ‘dejar marcas’ con todas sus formas y colores en un mundo que tantas veces se presenta solamente en gris. Este mismo mundo que tantas veces recuerda la brevedad de lo que se ha vivido, sobre todo cuando lo que se ha vivido tenga sido una vida saludable cortada por una enfermedad perene. Una enfermedad que trae la sensación de que la vida se ha quedado parada en su desarrollo desde el momento del diagnóstico y tal vez que haya caminado hacia atrás igual desde este momento. Las sucesiones de calamidades reales e irreales que rondan la vida de las personas con esquizofrenia. El deseo de curación, el recuerdo constante del rechazo, la ruina de la salud y, consecuentemente, de la vida. La soledad forzada, el agotamiento de una historia que nunca más tiene su fin. La representación de la muerte social, la idea de que *‘nada parece lo que se vivió’*, cómo nos cuenta Quevedo:

*«¡Ah de la vida!"... «Nadie me responde?  
¡Aquí de los antaños que he vivido!  
La Fortuna mis tiempos ha mordido;  
las horas mi locura las esconde.  
¡Que sin poder saber cómo ni adónde  
la salud y la edad se hayan huido!*

*Falta la vida, asiste lo vivido,  
y no hay calamidad que no me ronde.  
Ayer se fue; mañana no ha llegado;  
hoy se está yendo sin parar un punto:  
soy un fue, y un será, y un es cansado.  
En el hoy y mañana y ayer, junto  
pañales y mortaja, y he quedado  
presentes sucesiones de difunto». (Quevedo, Soneto XXVI, 1648:32-33).*

### 5.3. La Etnopsiquiatría y el decir de la enfermedad de diferentes maneras

*«Como por una inspiración divina, Esteves se ha vuelto y me ha visto.  
Me ha dicho adiós con la mano, le he gritado ¡Adiós, Esteves!, y el Universo  
se me reconstruye sin ideales ni esperanza, y el propietario de la tabaquería se ha sonreído.»*

Tabaquería, Fernando Pessoa

Para la Psiquiatría, la enfermedad es constituida a partir de un repertorio de señales y síntomas conocidos por el Psiquiatra a partir de la anamnesis con la persona enferma, donde son presentadas la queja principal, la historia de la morbilidad y sus etapas de desarrollo con la finalidad de encuadrarlas en una clasificación o en un diagnóstico que necesite tratamiento.

Para la etnopsiquiatría, los caminos se alargan y un único fenómeno permite una diversidad de lecturas. En este estudio, tuvimos el cuidado de trabajar solamente con personas con el diagnóstico de esquizofrenia y que todas tuviesen viviendo episodios delirantes. El sufrimiento de orden psíquica era lo mismo para todas, con un registro similar en sus prontuarios que decía: “Esquizofrenia” o F20 (según clasificación de DSM-IV). Pero más importante nos resultaba la lectura que estas personas hacían de su enfermedad: cómo ha empezado, lo que ha causado, que expectativas de futuro traen, los miedos que han promovido y lo que dicen sus delirios. Esta ‘cultura de la enfermedad’ se ha convertido, para nosotros, igualmente

importante y merecedora de atención y cuidados que los diagnósticos encontrados en sus prontuarios médicos.

La etnopsiquiatría es indispensable en centros de tratamientos de enfermedades mentales que reciben personas de diferentes culturas, pues es primordial para su tratamiento el conocimiento de su cosmovisión, teniendo en cuenta que el yo de una persona ha sido construido en y por un grupo (Espina Barrio, 2005).

Las enfermedades y sus tratamientos no pueden pertenecer en exclusividad al territorio de la Medicina Científica; las prácticas alternativas o populares, muchas veces reconocidas como primitivas o ilógicas o aún charlatanas (sin negar que algunas veces lo sean), siguen aumentando en la cultura occidental, incluso el número de personas que buscan ayuda, comprensión y curación con los curanderos, Mestres, homeópatas, espíritas, padres-de-santo...

Hasta los años 60, muchos antropólogos defendían que las prácticas alternativas estaban ligadas al subdesarrollo socio-económico de un pueblo y eran buscadas cuando había baja oferta de servicios médicos y hospitalarios tradicionales (Métraux, 1958). Pero, lo que es posible percibir es que la Medicina popular no es un recuerdo del pasado o está reconocida a penas por las comunidades rurales o con menos escolaridad, ni tampoco está desapareciendo con la urbanización y el desarrollo humano. Hoy en día ella es una concurrente de la Medicina científica, y está considerada como práctica legítima por las sociedades dominantes, pues *«querer diagnosticar con listados de síntomas, escalas, testes, etc., realizados desde la perspectiva reductora, unidimensional y etnocentrista de una cultura concreta (imperante) a todas las personas de las más variadas culturas, puede ser un claro ejemplo de ‘violencia científica’»* (Aguirre, 1994:92).

Sería muy simplista intentar medir la eficacia de este o aquello sistema, teniendo en cuenta la complejidad de la salud y, consecuentemente, de las enfermedades, que abarcan, para allá de lo biológico, lo psicológico y lo socio-cultural, de manera que tanto la enfermedad cuanto su tratamiento, están inseridos dentro del múltiple contexto bio-psico-sociocultural.

Bajo el designo de enfermedades sociales y del comportamiento, muchas perturbaciones mentales fueron asociadas a los procesos de cambio social, urbanización y desarrollo económico (Sugar et al, 1994). En contextos sociales e mayor pobreza encontrase mayor prevalencia de enfermedades mentales. Los grandes cambios económicos y sociales también contribuyen para el agravamiento de un conjunto de patologías sociales cómo el uso abusivo de sustancias psicoactivas, la generación de conflictos, el desempleo y el constante crecimiento de la violencia. Todas estas patologías sociales son capaces de generar sufrimiento psíquico, todavía, hace necesario una actitud cuidadosa para no intentar adecuar las personas con sus síntomas a las categorías propuestas por la Medicina y así, olvidar sus experiencias subjetivas de salud y enfermedad. La necesidad de categorizar el sufrimiento en sistemas nosológicos representa un perverso role de estandarizar la experiencia personal, convirtiendo el sufrimiento humano en enfermedad inhumana (Kleiman & Kleiman, 1991).

Lo que la etnopsiquiatría intenta demostrar a lo largo de su ruta es que los fenómenos pueden ofrecer distintas lecturas. Aunque las perturbaciones mentales tengan su registro de síntomas reconocidos y reivindicados por la Medicina, ni siempre una enfermedad mental es reconocida como enfermedad, sea por quien sufre o su familia, desde el principio, de manera que no es raro que las primeras consultas no sean con los Psiquiatras. Para muchas personas, en distintas culturas, la enfermedad se presenta como una manifestación de hechizo, por malode-ojo o venganza, encosto espiritual o mediumnidad no desarrollada, castigo divino o aún otras explicaciones que incluyen otros tratamientos que no los tradicionales propuestos por la Psiquiatría.

Para Loyola (1987), la enfermedad es una manifestación que huye al control del hombre que intenta de alguna manera recuperarse de ella. Con esta idea, la autora distingue la noción de enfermedad del cuerpo y enfermedad del alma, donde las enfermedades del alma o espirituales surgen de manera que no es posible comprender a partir de la creencia individual, pero a partir de la comprensión de la cultura donde la persona está inserida. Algunas enfermedades son consideradas

como de tratamiento médico y otras, son para 'tratamiento' con curanderos, padres y madres de santo, centros espíritas, que son las enfermedades causadas por miedo, susto, quiebra de resguardo, insomnio y otros factores que, según la creencia popular, los médicos no consiguen comprender por no acreditar en ellas.

La calidad del encuentro entre la persona enferma y el practicante de la curación, sea un médico tradicional o un curandero popular, la línea directa de comunicación de pensamientos y sentimientos entre ellos tendrá gran influencia en los resultados terapéuticos.

Los aspectos culturales y sociales precisan ser considerados para llegar a un diagnóstico y su consecuente tratamiento, especialmente de una enfermedad mental. Algunos de los principales psiquiatras del Siglo XX manifestaron interés por cuestiones transculturales, como Emil Krapelin, Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Adolph Meyer, Karl Jaspers. Y grandes nombres de la Antropología Moderna también han compartido interés por la Psiquiatría, como Alfred Kroeber, Bronislaw Malinowsky, Claude Lévi-Strauss, De cualquier modo, la Psiquiatría Transcultural aún espera un reconocimiento más relevante de que ser considerada apenas adorno de la naturaleza biológica de las enfermedades mentales. Ni sólo naturaleza ni sólo cultura, pues las dos ciencias no pueden vivir a desconsiderarse mutuamente. Por lo contrario, deben preservar la autonomía de sus esfuerzos en la comprensión y la mejora de la calidad de salud de las personas y mismo de la calidad de vida en situaciones de enfermedad.

Y el propósito de la etnopsiquiatría no es más que este: lo de llamar la atención para los elementos socioculturales presentes en la vida de una persona con enfermedad mental, valorando el medio donde ella vive y utilizando elementos de su vivencia cotidiana, hábitos y costumbres como impulso de recuperación, por eso ser importante no solamente la presencia de la persona enferma, pero de miembros de su familia y comunidad en el tratamiento, para que mejor se pueda comprender la etiología de la enfermedad y elegir el mejor camino para su tratamiento, por entender que no es otra, sino la cultura, la que atribuye sentido a la conducta humana.

La Antropología y la Psiquiatría deben convertirse en ciencias que mantienen una relación saludable, presentando múltiples ventajas y, especialmente ventajas para un superior nivel de comprensión y tratamiento para las personas enfermas.

Por más que tengamos en cuenta las bases biológicas del comportamiento humano, su comprensión no es posible sin tenernos en cuenta la cultura donde vive o ha vivido este hombre, pues el hombre es un animal cultural que construye cosmovisiones y representaciones simbólicas, que vivencia la biografía y la historia, que vive en comunidades sociales con las cuales comparte significados. Como animal cultural el hombre ‘se comporta’ culturalmente y fundamenta simbólicamente su comportamiento (Aguirre, 2002).

O cómo en el decir de Devereux (1970), que presenta una especie de ‘metacultura’, es decir, una cultura universal, más allá de la particular cómo una posibilidad de comprensión que favorezca la curación de los enfermos mentales. Su idea ha sido la propuesta de un instrumento meta-etnológico, proponiendo la comprensión de la enfermedad a partir de las categorías universales de la cultura, cómo una manera de reintegrar la persona enferma deculturada a la cultura universal, especialmente en los asuntos de migración y multiculturalismo.

La enfermedad mental habita el espacio de una perturbación de la representación. El pensamiento enfermo ha dejado de hacer analogías, caminando para un vaciamiento de sentidos. El *homo sapiens* es un *animal symbolicum*, reconociendo las cosas a partir de la representación que les es dada por el pensamiento a través del sentido que los impregna (Durand, 2000). Estos sentidos de los símbolos son atribuidos por la cultura donde esté inserido este hombre y al enfermarse, muchas veces los símbolos pasan a perder sus significados culturales, muchas veces dando espacio para la adhesión de significados de las vivencias personales en lugar de las representaciones sociales.

Laplantine (1979) presenta la noción de enfermedad mental cómo una deculturación y una desocialización, donde el proceso de curación solamente es

posible a partir de una reculturación, de una reconstrucción del universo simbólico, de lo sagrado, de los mitos y creencias del hombre.

En método etnográfico puede ofrecer informaciones detalladas sobre el contexto cultural donde viven las personas enfermas. A partir de una etnografía breve, la experiencia de enfermedad narrada por la persona enferma puede, juntamente con las narrativas de familiares, componer el cuadro de su estado de enfermedad. Las entrevistas pueden ayudar a comprender los modelos explicativos utilizados pela persona que sufre, es decir, sus nociones sobre la enfermedad, sus causas, el tratamiento y, a partir de este punto, ella puede ofrecer una red de explicaciones para la etiología, la historia natural, gravedad, comprometimiento y tratamiento más adecuado para su enfermedad (Kleinman, 1980).

Importante tener en cuenta que los modelos explicativos, ligados a episodios de enfermedad individuales no deben ser confundidos con creencias generales características de un grupo o una sociedad. Importante conocer el contexto cultural para no caer en generalizaciones o enclaustrarse en la pura lógica científica.

A la diferencia de los animales, el hombre construye una biografía y la interpreta auto evaluativamente, sintiéndose sujeto mientras articula un mundo de referencia con una cosmovisión, consciencia moral, explicaciones de la realidad, mitos, religión, etc. Y solamente desde la comprensión de la cultura es posible comprender el hombre como un ser con una historia y una cosmovisión que expliquen sus comportamientos (Aguirre, 2002).

Percibimos cómo de fundamental importancia el reconocimiento de la historia de vida y de la experiencia subjetiva de la enfermedad tanto por parte de la persona enferma cómo por sus familiares cercanos, en la construcción y el diagnóstico e interpretación del proceso de enfermedad por parte del Médico, debiendo este no alejarse de la Antropología Médica para componer el cuadro más alargado de las personas que cuida, investigando las respuestas emocionales a los síntomas y la manera cómo estos afectan los relacionamientos interpersonales de quien sufre, apreciando así, contribuciones de esta ciencia en su metodología clínica

al entender que *«el antropólogo busca comprender la manera cómo sus informantes piensan sobre su mundo y sobre sus problemas. Es respetoso delante de este conocimiento alternativo, tratándolo cómo siendo comparable, todavía distinto, de su propio conocimiento. Moviéndose entre las perspectivas común y científica, es decir, entre la auto-comprensión de los informantes y la interpretación de su experiencia, que pueden ser mucho diferentes, pues el trabajo del Antropólogo crea una dialéctica entre la experiencia vivida y su observación científica. De esta oscilación de significados emerge una interpretación más válida, todavía siempre incompleta y dilatada, de la manera cómo la experiencia individual es culturalmente elaborada a partir de las crisis existenciales que definen nuestra humanidad compartida»* (Kleinman, 1988:152).

Los comportamientos humanos sobrepasan a los instintos y al mismo tiempo, construyen, representan e interpretan una realidad insertada en un ejemplo de realidad que le atribuye sentido, un sentido generado y compartido por el grupo de lo cual hacen parte. Este sentido no posee una cultura, este sentido es la cultura. *«La doble definición del hombre, en términos de biología y cultura, hace con que la psicología deba mirar, al menos por igual hacia las dos vertientes, pues si al margen de la biología no se entiende la conducta humana, tampoco lo es posible sin total referencia a la cultura»* (Aguirre, 1995:47).

Por eso, la consultación médica debe pautarse en un modelo exploratorio general sobre la contextualización de vida de la persona enferma, sea a partir de sus propias respuestas (siempre que sea posible), sea a partir del contacto con familiares, buscando una consultación reflexiva, donde la propia persona que refiere, sea conducida a reflexionar sobre su sufrimiento y esperanzas de curación y no solamente sobre su enfermedad. Tratar la enfermedad es extremadamente necesario, pero tratar la enfermedad añadida de su traducción subjetiva es tratar humanamente una persona enferma.

Las creencias y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad asumen, especialmente en países que agregan una multiplicidad cultural, como Brasil y Cabo Verde, una diversidad de caminos de interpretación del sufrimiento humano y de estrategias para lidiar con él. Por eso la importancia de considerar la Antropología en el contexto médico, porque el entendimiento de la enfermedad puede estar en terreno fácilmente explorado etnológicamente, así como las explicaciones para la

génesis de las quejas y agravamiento de síntomas no explicables ni comprobados por exámenes médicos.

La conducta humana está ubicada en las dos vertientes: la naturaleza y la cultura, ambas, a su tiempo y espacio, limitando y dilatando sus pasos. Pero lo mismo no es posible afirmar cuando hablamos de la conducta delirante, pues el delirio rompe esta barrera de la conformidad con lo real, con lo posible, creando ideas sin obediencia a ninguna regla pre-establecida, desarrollándose de acuerdo con su orden, su clareza y coherencia, su aparente pseudo-razón y su lógica propias.

Y si es verdad lo que dijo Kleinman (1995), que la Antropología Médica es una disciplina marginal de la Antropología y también de la Medicina, tal vez los cambios empiecen más exitosamente cuando empiezan por las márgenes, cómo muchos triunfos que fueron alcanzados en las márgenes de los ríos. Tal vez, desde las márgenes consigamos dilatar o hasta destruir fronteras, intercambiando los conocimientos y prácticas de una ciencia en otra, en nombre del bien-estar de una humanidad de la cual hacemos parte y lo harán nuestros descendentes.

#### **5.4. El sentido de la enfermedad y el sentido de su enfermedad para las personas enfermas**

*«Todo pasa y todo queda,  
pero lo nuestro es pasar,  
pasar haciendo caminos,  
caminos sobre el mar.»*

Antonio Machado

Ha sido Eric Cassel el primer a utilizar el término “*illness*” para distinguir lo que siente la persona enferma a punto de buscar un servicio médico. Él también utilizó la designación “*disease*” para identificar lo que esta persona lleva consigo

después de la consultación. Para este autor, la “*disease*” es algo que uno órgano tiene mientras la “*illness*” es lo que tiene la persona (Helman, 1994).

Esto que la persona tiene, muchas veces involucra la participación de otras personas de forma más directamente en su vida, en su tratamiento, sea en la vigilancia de la toma de medicamentos o de la propia persona que no puede quedarse sola por promover peligro para sí misma y/o para los demás, sea para acompañarla en las consultaciones, sea para caracterizar y explicar la enfermedad para las otras personas – lo que, dependiendo de la enfermedad y de su grado de comprometimiento, bien cómo de las creencias de la comunidad sobre su etiología, puede resultar en uno proceso de alejamiento y consecuente aislamiento social. De esta manera, cuando hablamos de la “*illness*”, no la encerramos solamente en la persona enferma, incluimos todo su contexto social, pues la manifestación de sus síntomas no significa puramente el síntoma, existen determinados involucros que les acompañan de acuerdo con la cultura, con el contexto histórico, con el contexto social.

Cómo vimos en la introducción de este trabajo, enfermedades como la lepra y la locura traían significados mucho más amplios de lo que les confiere la Medicina. Traían significados culturales, sociales, traducían las transgresiones morales de toda una sociedad cristiana.

Las flojas bases aún persistentes de la enfermedad mental dejaron que la conceptualización de manifestación sobrenatural a que fue sometida, ganase fuerza, siendo interpretada, a lo largo de los siglos, por castigo divino o castigo moral para los desempleados y los que tenían estilos de vida dichos inmorales a los ojos de las autoridades de la época.

Dicho eso, comprendemos que a “*illness*” es realmente un proceso que involucra todo el contexto donde está la persona enferma, las otras personas que le acompañan y que son las que le reconocen cómo enferma, le confiriendo este role de enferma bien cómo los cuidados necesarios para los cuales este proceso de enfermarse debe llamar la atención para la persona que sufre y, que, de algún modo,

desea llamarles atención y buscar apoyo, pues, según Lewis (1981), para algunas enfermedades hay una serie de mezclas de respuestas a nivel voluntario e involuntario en su expresión, pues la persona enferma guarda algún control en la forma de manifestación de su enfermedad y en las actitudes que toma por cuenta de ella.

*«Cuando una persona está enferma e interrumpe sus roles sociales normales, su nueva condición no significa una entrada en una especie de vacío social. Significa, antes, la asunción de un nuevo rol, el rol de enfermo, que confiere una exención temporaria de las responsabilidades habituales, eventualmente legitimada por el médico, sin que la persona pueda ser responsabilizada por este su nuevo estatuto social» (Quartilho, 2001:84).*

En el caso de las enfermedades mentales, no es común que a los primeros síntomas las personas procuren el servicio médico. Primero porque no acreditan estar enfermas, no reconocen los síntomas como síntomas de una enfermedad – esto por su parte y también de la parte de los familiares próximos. Disminuir la calidad de trabajo o recusarse a trabajar no llama directamente la atención para una enfermedad sino para la pereza, lo que hace con que la enfermedad encuentre terreno disponible para avanzar.

Otro punto está relacionado a las creencias místico-religiosas, fuertemente responsables por un retardo en la procura de cuidados de salud por las personas enfermas y sus familiares. Y otro punto no menos importante es la estigmatización social que contorna la enfermedad mental, lo que le atribuye una especie de represión y recusa, llevando la familia a buscar ayuda médica después del fracaso con los ‘curanderos de tierra’, los centros espiritistas, los ‘padres e madres-de-santo’ y cuando la persona enferma representa peligro por sus síntomas de agresividad.

Estos puntos retrasan la procura de cuidados pudiendo generar daños cada vez mayores para la persona y su familia, favoreciendo, inclusive, el crecimiento de las tasas de intentos de suicidio, dado todo malestar que las enfermedades mentales ofrecen, especialmente en el principio, cuando sus manifestaciones son aún desconocidas y, por lo tanto, cargadas de miedo.

Para muchas personas ingresadas, los hospitales psiquiátricos son la ‘concretización del infierno’: *«es cómo estar en una cueva, cuando aún no se murió»* [Lavanda, BR]. En el primer ingreso, han sido ‘largados’ allí como una mercancía sin valor, donde los procedimientos del tratamiento – las medicinas, con sus efectos secundarios, las inyecciones y las otras personas con quien se convive y traen las más distintas patologías – les son impuestos sin o con pocas explicaciones o presentaciones y los días siguen blancos, sin ningún color o acciones saludables, alimentados por la esperanza de un retorno a casa y a vida de antes de la enfermedad. Un retorno imposible y a cada día más distante, teniendo inicio allí toda una carrera de enfermo mental.

Muchas son las explicaciones que las personas presentan para justificar sus enfermedades y a lo que parece, cuanto más drástica y difícil ha sido esta historia o lo que a antecede, más la persona la repite incansables veces, tal vez en una búsqueda por ‘piedad’ y, consecuentemente, atención. *«Es interesante percibir que cuanto más el pasado de una persona le aleja de concordancia aparente con valores morales centrales, más parece obligada a contar esta historia triste para cualquiera compañía que encuentre»* (Goffman, 2005:129). Así es posible percibir cómo es fuerte el rol también de enfermo social, donde intenta configurar cómo mayor su desgracia para atraer atenciones compasivas.

Especialmente una enfermedad crónica, como es la esquizofrenia, por ejemplo, tiene su significado cercadamente relacionado al contexto donde se insiere, pues mucho interfiere en las relaciones sociales tanto a nivel familiar cuanto a nivel comunitario, en el propio sistema de creencias personales y religiosas que pueden promover alteraciones en el cuadro de evolución de la enfermedad. Por lo tanto, conocer el contexto donde viene la persona que presentase (o es traída) al servicio de salud mental es fundamental para la comprensión de su experiencia subjetiva de enfermedad.

Entre la diversidad de justificaciones, hemos categorizado algunas para presentar la manera cómo las personas enfermas mentales están construyendo los hilos explicativos de su situación actual. Muchas veces, la responsabilidad de la

enfermedad o mismo la culpabilidad por ella es atribuida a otra persona, acreditando, la persona enferma, estar siendo víctima de acciones de envidia, malo de ojo, hechizaría, o pura maldad ajena. « *Yo estaba en la casa de una mujer que ha puesto dos cafés, un café que tenía la maldad y otro sin maldad. Yo he elegido aquello que tenía la maldad y casi me muero. Entonces he apañado esta enfermedad en la cabeza y hasta hoy bebo mucho, no consigo parar*» [Dalia, CV]. Esta señora atribuye al café hechizado de maldad el inicio de su enfermedad y la dificultad con la curación del vicio de beber alcohol diariamente.

«*Una tarde yo estaba a cocinar la cena en mi casa y he dado cuenta que hace días un pájaro venía hasta la ventana para cantar. Un día, dos días, tres días, todos los días el pájaro estaba allá. Fue hablar con una comadre que me ha dicho que eso no es bueno, que el pájaro anuncia la mala suerte y me quedé a esperar la noticia. Pero, después, poco a poco yo oía el pájaro dentro de mi cabeza, a cantar todos los días y noches; ya no conseguía dormir. Muchos ruidos en mi cabeza y el pájaro ha traído otros pájaros. Ahora estoy mejor, con los medicamentos, pero tenemos que estar atentos, pues un pájaro tan pequeño es capaz de enfermar una persona mucho más grande que él*» [Begonia, BR].

En los días actuales, es cada vez más frecuente que las personas piensen que sus vidas son un secuencial de mal-hechos, mientras perciben que dentro de sus mundos cotidianos siquiera consiguen superar sus propias preocupaciones. Sus capacidades se limitan al escenario que las contorna, como lo trabajo, la familia, los vecinos... Y cuanto más conscientes parecen estar las personas de sus pretensiones y las amenazas que ultrapasan sus panoramas actuales, más capturadas dentro de sus medos parecen sentirse y ese es un escenario que tiene la costumbre de conducir a la enfermedad.

Georges Canguilhem (1990), cuando escribió acerca del normal y el patológico, en 1943, ha levantado la idea de que el episodio patológico no pertenecía exclusivamente a las Ciencias Médicas, pero pertenecía al hombre como una comunicación de su infortunio, de su mal-estar. Es la queja quien va conducir a un concepto acerca de su estado de vida. Y la línea-maestra entre la normalidad y la enfermedad fluctúa entre los caminos del desempeño del organismo humano,

mientras la Medicina actúa con la clínica y la terapéutica, es decir, con el restablecimiento del normal.

Hay una creciente concientización de que hoy no apenas los profesionales de salud detén el saber y la comprensión sobre la salud y la enfermedad. De esta manera, las costumbres, los juicios, las estrategias y las prácticas familiares se posesionan en gran relevancia, teniendo en cuenta que la familia continúa a ser el punto de referencia en las situaciones de crisis, de enfermedad, de padecimiento, reconocida cómo siendo de fundamental importancia por la organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, entre otros (Leandro *et al*, 2007).

Muchas veces la construcción del contexto de enfermedad resulta en la desintegración de redes de apoyo familiar, de solidaridad parental. En este contexto el rol social del Médico y su equipo asume extremada importancia en la tentativa de reordenar estas redes de solidaridad, apuntando su necesidad para la contextualización del suceso a nivel de tratamiento.

Ni siempre los médicos presentan la real disponibilidad necesaria para la escucha de las personas. Preocupándose en encontrar los síntomas necesarios para categorizar la persona en algún trastorno mental científicamente reconocido, desvalorizan el hecho de oír, abusando de las prescripciones que muchas veces lo que consiguen es hacer callar, sin reconocer que la tarea de oír puede convertirse en una medicina emocional, presentando resultados terapéuticos capaces de acelerar el proceso de estabilización patológica.

En el territorio de la salud mental, el enfermarse, el sufrir y la curación están definidos por la Medicina, dentro de sus terminologías y conceptos, predominando su práctica en el tratamiento. Pero a pesar de la autoridad de la Medicina, los profesionales de salud ya reconocen la importancia de abrir puertas para las Ciencias Sociales y no más vivir en la clausura de los paradigmas únicamente médicos. Hoy es sabido que muchas enfermedades físicas y mentales sufren influencias de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y que la relación entre salud física y mental darse de manera cada vez más estrecha.

Sabemos que los trastornos mentales son el resultado de diversos agentes, teniendo su base fisiológica en el cerebro. Son agentes que pueden afectar cualquier persona y en cualquier parte del planeta, sin embargo, con mayor frecuencia de lo que se piensa, también pueden ser tratados de manera eficaz. Hoy hacen parte del tratamiento a la persona que vive con enfermedades mentales Psiquiatras, Psicólogos, Sociólogos, Trabajadores Sociales, Educadores y Artistas. Sobre todo Artistas, pues mucho ya se tiene comprobado de la importancia del Arte en el tratamiento, especialmente por ofrecer un otro lenguaje de expresión y comprensión, por ofrecer las colores, la danza, la escena, la literatura, las metáforas y así, acercaren se con más facilidad al discurso delirante.

Para se comprender la persona que está enferma, es necesario mirar la persona y no la enfermedad y así trabajar en búsqueda de si restablecer la salud desde donde la enfermedad empezó a actuar. Es necesario comprender sus relaciones de familia, de trabajo, sus relaciones sociales con amigos; conocer sus aspiraciones y esperanzas – incluso la ausencia de ellas – sus frustraciones, sus vicios, sus hábitos, sus mecanismos de compensación y fuga; cómo vivía antes de enfermarse, como le ha llegado la enfermedad... en fin, toda su historia – para que la mirada a esta persona no se confine a la imagen retratada entre las hojas de sus registros médicos, pero sobre todo enterarse de la historia de alguien a través de la propia persona – siempre que posible – y también de sus condiciones o falta de condiciones de vida (Freyre, 2004). Y mirar a sus ojos debe ser siempre más importante que auscultarle el corazón, pues tornase evasivo escuchar el individuo de manera únicamente biológica sin la escucha desdoblada de los factores sociales, económicos, psicológicos que pueden tener traído su contribución para la manifestación de los síntomas de una enfermedad que estará presente por toda la vida.

*« En la barbatana del atún tiene algo que atrae aviones. Una cosa como el ácido sulfúrico, que cuando el pez hace sus movimientos aquí en Cabo Verde, él es capaz de crear hasta huracanes y tornados en la América. Mi error fue comer una barbatana de atún después de hacer las experiencias que me han comprobado este hecho. Empecé a no conseguir más dormir y a oír voces en*

*mi cabeza, creo que es por causa del ácido sulfúrico que tiene gran concentración también en las baterías... Y todo fue por causa de una simples barbatana, esta es mi historia» [Feldspato,CV].*

Las explicaciones son inúmeras para el origen de la enfermedad. Es imprescindible mirar la persona respetando el contexto de su enfermedad y conocer las manifestaciones de las enfermedades para respetar aún más. Y es preciso respetar sus verdades, pues estas creencias, por más absurdas que parezcan a nosotros, para estas personas son absolutamente plenas de sentido y traen consigo la característica de indisolubilidad, es decir, por lo general, no es posible convencer una persona que su delirio es solamente un delirio y no una verdad absoluta.

En muchos momentos, guardados los momentos de crisis, dependiendo del comprometimiento mental de la esquizofrenia, ni es posible percibir que una persona trae este diagnostico en su historia de vida. La enfermedad también actúa de manera silenciosa. Los medicamentos pueden hacerla muda, pero no muerta. Ella sigue en búsqueda de más una oportunidad de manifestación, que puede aprovechar un momento de cambio, de luto, de frustración, de una fuerte emoción o a veces ni es necesario haber un evento evidente, los propios factores de naturaleza orgánica también se descompensan.

René Leriche, citado por G. Canguilhem (1999:180), define la salud como *«la vida en el silencio de los órganos»*. Esta definición, que data de 1925, viene deshacer la idea de potencialidad imbuida en la noción de salud, de potencialidad frente a los límites, donde la salud sería una especie de fuerza superadora de límites, pues solamente al estar enfermo es que la salud iba señalar la posibilidad de su ausencia. Dentro de esta mirada, es necesario haber una situación-límite para que al intentar dominarla, las personas siéntanse saludables.

*«El valor de la salud es, seguramente, uno de los valores supremos en las modernas civilizaciones occidentales, pero no es el único, no a lo que parece, lo más fácil de recomendar a un hombre – el hombre civilizado moderno – que busque como afán auto realizarse por medio de la apropiación de un conjunto de valores, a su ver, esencial a esa su auto realización. Parece que, en*

*varios casos, la salud es incluida en ese conjunto más como un vehículo indispensable que como un hilo o un ideal suficiente en sí mismo» (Freyre, 2004:115).*

Para muchas de estas personas que viven con enfermedades mentales, el deseo de salud está ligado a otros deseos, otras realizaciones. Se desea la salud para poder trabajar, para poder construir una familia, para concluir los estudios, para viajar. En general, el deseo de la salud no está en el deseo por la salud.

La idea de curación es un deseo constante, una especie de puente para la vida. Las personas están siempre esperando el día de la cura, de no precisar más de los medicamentos, de no precisar más de los ingresos en el hospital, de no precisar más esconder la real enfermedad de personas conocidas. Por más que sepan de la perpetuidad de su diagnóstico, este ideal de curación es constante y hace parte tanto de sus momentos de delirios cuánto de los momentos de lucidez:

*«Yo y Michael Jackson juramos uno al otro que por 50 años tendremos hijos clonados. Janete Jackson es testigo. Los hijos son creados en Brasil y en la América, pero no puedo ir allá decirles eso, pues van a pensar que estoy maluco, es secreto. ¿Sabes lo que tengo en mi cuerpo? La sangre, y mis hijos tienen la sangre también. Entonces vamos clonar la sangre de uno hijo varón y cambiar con mi sangre enfermo, así me quedará curado y podré conocer todos mis hijos que son blancos cómo tú» (Ágata, CV).*

La voluntad de curación, de volver a la libertad de la vida es inmensa y a casi todo momento les toca a todos. Lo que quieren estas personas hacer después de la cura, varía enormemente, pero a todas les agrada ultrapasar el muro del confinamiento enfermo y más que el confinamiento enfermo, el confinamiento social que la enfermedad les ‘regala’.

*«Yo quería estar curada para ser doctora y hacer cirugías de cabeza. También quería ser el Batman y volar y resolver problemas. Pero lo más importante sería poder pasar receta médica para las personas compraren sus comprimidos sin pagar. Yo quería usar ropas blancas y entrar y salir en la hora que me da gana y poder dormir aquí o por la calle se me da gana también. No tengo edad para nadie ordenarme algo, pero estoy enferma y nadie se preocupa. Cuando quedarme buena, no quiero que el Doctor avise a nadie de mi familia, quiero que piensen que yo morí» (Lavanda, BR).*

La lucidez que tantas veces hace visitas a las personas que viven con enfermedades mentales, muchas veces es devastadora, les recuerda que la realidad les duele, que la realidad de abandono puede estar en la raíz de la enfermedad. Muchas veces la familia desaparece cuando se da el ingreso, deja teléfonos incorrectos, deja la imposibilidad de contacto en la institución o mismo cambia de casa sin actualizar la institución de su nueva localización. Peor que eso, la familia muchas veces también expone claramente a la institución que no desea el regreso de la persona enferma para casa, que no la recibirá, o si la recibe, que esta no contará con ningún cuidado especial, de manera a querer retornar al ingreso hospitalario.

La enfermedad puede presentarse cómo el resultado de una dificultad de la persona en adaptarse y resistir a los constreñimientos a que están sujetos en la familia, en sus relaciones amorosas, profesionales, etc. La importancia atribuida a las determinaciones socio-psicológicas de la persona que está enferma, rompe con la visión estrictamente biomédica que involucra la salud cómo el contrario de enfermedad y el profesional Médico cómo el protagonista del sistema de cuidados de salud (Leandro *et al*, 2007).

El deseo de curación muchas veces está disfrazado de un deseo de poder, de gente que ha sido sumisa durante un buen tiempo de su vida y los parientes se han aprovechado de esto. Sus ideas delirantes aparecen plenas de deseos reales, de vivir una vida que aún no ha sido vivida, de realizar sueños a veces tan simples y así mismo tan complejos. Y el miedo de un nuevo rechazo hace con que surja la voluntad de ni siquiera comunicar a la familia su mejora, su posibilidad de retorno a la casa, su sospecha de encontrar cerrada la puerta de entrada en el espacio que un día ha sido el escenario de su dulce lar.

Los miedos de las personas dicen respecto a su vida real pero también a las alucinaciones e ideas delirantes que la enfermedad les hace acompañar. Ideas de muerte, de peleas, de fantasmas, las voces que les hablan en los oídos, la idea de hechizo, las creencias y los hechos son fuentes de miedo. Querer dormir durante todo el día o no conseguir dormir están ligados directamente a estas fuentes y a como se consigue entrar en acuerdo con ellas.

*«He venido de lo Planeta de los Monos y nadie me lo cree. Cuando entré en el Cuartel en un lunes y les dije eso, me han traído para acá. Pero es verdad. Yo dije que maté un mono y han pensado que yo disparé contra el Teniente. ¡Pero no fue yo! Nadie me lo cree. Tengo miedo de nunca más volver a vestir mi farda ni a cantar el himno nacional delante de la bandera de mi patria. Tengo tanto miedo que a veces pienso en eso y lloro, lloro como un niño. Mi vida está muriendo por qué me han interpretado errado» (Coralina, BR).*

El miedo es una presencia constante en la vida de personas que conviven con el desamparo familiar, con el aislamiento que está subyacente a la enfermedad. El miedo es alimentado por una auto-estima en la mayoría de las veces subterránea, que alimenta también una renuncia a la esperanza. Por qué es difícil tener esperanzas en un escenario de perpetuidad y la continuidad de la enfermedad no les deja olvidarse de eso. El miedo surge con trajes reales o ilusorios o aún de las dos maneras y mantiene su disposición de firmarse cómo un ácido compañero.

*«Cuándo estuve en el Vietnam, he levado una rajada de tiros en el abdomen y en la cabeza. Yo morí y después resucité. Tengo miedo de los terroristas, miedo que me descubran aquí, pues yo era Jefe de los Guarda-Espaldas de Pedro Pires [Presidente de la República de Cabo Verde]. Hay muchos terroristas disfrazados. Tengo miedo de estar en la calle y uno llevarme para un sótano. Si desaparezo, por favor, llama la policía, puedo estar precisando de ayuda» (Ónix, CV).*

Muchas veces, la Psiquiatría y la Psicología, preocupadas en diagnosticar y tratar los síntomas más aparentes de una persona enferma, se alejan del hecho de una persona traer una historia de vida, que por más que parezca un ovillo de hechos indescifrables, es su historia singular y plena. Los miedos de Ónix traen un clamor contra la soledad, una tentativa de mantener la dignidad sin hacerse víctima, un protesta de su subjetividad contra las posibilidades de fracaso y abandono, un clamor de esperanza por la vida.

La esperanza de vida ni siempre trae trazos positivos de esperanza. Ella gravita entre polos positivos y negativos, pero está más pendiente a los polos negativos por la falta de seguridad común a las personas con diagnóstico de

esquizofrenia. El miedo de una nueva crisis, el miedo de hacerse descubrir enferma mental hace con que la persona resguarde incluso sus esperanzas, pues pensar en días mejores pasa a ser un habito minado de dudas y desconstrucción de creencias positivas para la edificación de creencias negativas y destructivas también.

*«Parece que he sumergido en la mar llena, he salido del otro lado y nadie me reparó. Las personas me miraban más cuando yo tenía crisis, estaba agitada, abí sí, todos sabían donde yo estaba. Ahora parece que todo se quedó saturado y estoy invisible. Pero la cicatriz está en mi alma. No es por qué la herida está sanada que todo se acabó. Hoy ya nadie pregunta cómo estoy, y si un día no estoy bien, nadie lo percibe. Me gustaría más atención de las personas, mi sueño es volver a ser amada y reconquistar los amores que la enfermedad me ha tomado» (Margarita, BR).*

Muchas veces, la enfermedad y las reacciones de las personas frente a los nuevos acontecimientos, no posibilitan reflejar sobre sus interacciones con la vida, dentro de los territorios de los relacionamientos, sea con familiares, amigos, pareja, colegas de trabajo... el sufrimiento después de la llegada de la enfermedad nos permite construir el camino que ha sido trazado por él, el sufrimiento, antes del debut, del principio de la carrera de persona con enfermedad mental. Sus dinámicas, sus referencias, sus miedos, sus evaluaciones y todo lo más que sé posible observar y descubrir. El trabajo del profesional psi tiene que ser también un trabajo etnográfico, etnográfico en el sentido de desbravar caminos desconocidos y describirlos; la diferencia está en la interferencia que el profesional hace en la vida de la persona en tratamiento, sea con la terapia medicamentosa, psicoterapia, terapia del arte, musicoterapia, etc.

*«Yo fue traicionado por mi primo, Matusalén, que se ha quedado 750 años sentado y me decía que todas las monedas donadas para Buda serian mías. Nunca he recibido nada, ¡ni un centavo! Ahora no acredito en nadie de mi familia. Hoy mi familia son ustedes de la Psiquiatría que me apoyan totalmente. Cuando voy à casa, mi madre trátame como un demente, no puedo hacer nada. Así, prefiero estar aquí, me gusta estar aquí y mi vida será aquí mismo, ya lo sé» (Jade, CV).*

Para donde miramos, nos tocan relatos de abandono familiar. La mortificación de las personas se pasa a ojos vistos. «*Encarada como la primera institución en que el individuo se integra y que contribuí para su desarrollo y socialización, la familia es determinante en la transmisión de valores éticos, culturales, sociales e cívicos. Ella es la fuente de soporte afectivo, pedagógico e social de todos os individuos*» (Leandro et al., 2007: 284). Por traer un discurso delirante, pocas son las personas que creen en lo que dicen las personas con esquizofrenia, y por intentar ayudarlas, las familias hasta pecan por exceso, por no dejar que sean responsables ni por sus actividades de la vida diaria. La casa cambiase en un ambiente de total indiferencia y estar ingresado, con las responsabilidades y rutinas del hospital, pasa a ser considerada una opción más agradable.

Pasado un tiempo desde el inicio de la enfermedad, muchas personas ya perciben sus crisis y sus síntomas cómo parte inherente de su vida, no más aterrorizándose con ellos. Empiezan a reconocer y a diferenciar las voces que hacen parte de las alucinaciones auditivas y hasta a interpretarlas cómo compañía en los momentos de soledad en una tentativa de socorrer a sí propio de la crueldad del destino. La vida gaña una nueva mirada – ni siempre aceptable – y hay una constante tentativa de reestructuración (entre otras formas inconscientes, a través de los delirios), de buscar en el tratamiento las fuerzas auto curativas de la psique, de trabajar el sentido de la enfermedad, pero buscando no el sentido que las otras personas les atribuye, buscando el sentido de enfermedad para la persona enferma, de manera a conocerla con el intento de no hacerse sólo víctima de ella.

## 5.5. La enfermedad mental cómo una metáfora de la historia de vida

*« He vivido, estudiado, amado, y hasta creído,  
y hoy no hay un mendigo al que no envidie sólo por no ser yo.»*

Tabaquería, Fernando Pessoa

Cuando una enfermedad no es comprendida y por esta razón pasa a ser aún más temida, pasa a ser considerada, por aquellos que con el enfermo conviven, como ‘contagiosa’, aunque de un contagio moral, sin contar con el toque de temor que le acompaña. Así se pasa con la enfermedad mental y el desconocimiento de su génesis y consecuencias, haciendo con que conviértase en una enfermedad moralmente contagiosa, pues su diagnóstico, especialmente cuando hay la necesidad de ingreso, ‘contamina’ toda la familia que pasa a ser apuntada silenciosamente como ‘la familia del loco’, como ‘la familia desajustada’. Y la convivencia con la persona dicha ‘loca’ se convierte en muchas ideas, casi como en la violación de un tabú, una transgresión, un riesgo moral y concreto de vida. El poder del diagnóstico, tenga él el nombre común a cada localidad: enfermedad de nervios, enfermedad mental, enfermedad nerviosa, es un poder mágico, mágico-degradante-asustador, pero mágico en el sentido de muy poco se comprender acerca de él y el temor al desconocido continuar prosperándose.

La enfermedad mental despierta terrores y temores por donde pasa y no raras veces, las personas próximas a alguien que de ella padece, asumen papeles disimulados e impiedosos, haciendo del ingreso el presupuesto de librarse de alguien.

Cuando elegimos la esquizofrenia para nuestra investigación, la elegimos por intentar comprender lo que pasa con la historia real de alguien que la psique entiende que necesita desarticularse de este real para sobrevivir, ¿lo que pasa? Poco a poco, en toda la trayectoria, hemos aumentando nuestra colección de relatos preciosos acerca de la vida real mezclados con delirios y esta mezcla se presentaba en una tentativa de suplir una falta (física, moral, espiritual) o redimirse de una culpa.

*«Yo pensaba que quebrando el comando, iba explotar una bomba en mi casa, por eso le he jugado por la ventana. En aquel día, tenía peleado con mi madre, quería morir y acabar con todo. Yo sé que eso es una estupidez, pero yo creía y en aquel momento, era lo que yo quería hacer»*  
(Azucena, BR).

«Cuando yo tenía 27 años, tenía muchos delirios, estaba muy loco. Cogía las fotos de mi madre y me masturbaba. Y mi madre se daba cuenta de todo. Hoy estoy muy avergonzado, a veces no consigo mirarla a la cara. A veces cuando ella va a mi casa, finjo estar en crisis, agitado, para que se vaya, tengo una vergüenza que me duele en el alma y ningún psicotrópico me puede curar» (Turquesa, BR).

«Yo tenía trabajo, mujer y dinero, dinero poco, pero algún. Empecé a beber y luego el dinero ya no llegaba para más nada. Mi mujer me ha dejado e ya no tengo más trabajo. Mi familia no me ayuda y aquí no soy feliz. A veces sayo, bebo un bocado para olvidar la vida que llevo y siempre que bebo, escucho voces que dicen venir para matarme. De noche es una voz de mujer a decir para yo salir y encontrarla, pero ella piensa que no sé qué quiere matarme, entonces no voy a salir» (Citrino, CV).

La historia real de la vida de estas personas no se queda guardada cuando están ingresadas, mucho por lo contrario. Muchas veces, el ingreso, las crisis, los delirios se alimentan de hechos de la vida real, una vez como ha acontecido, otras veces distorsionados, pero mismo cuando la enfermedad les aleja de la realidad, hilos reales son llevados para tejer nuevas líneas de la historia de su molestia. La lectura que hacen de la realidad, por lo general, está errada para muchos hechos, y este error hace parte de su protección inconsciente de una realidad dolorosa y fuertemente aterradora. Y con el pasar del tiempo, es posible para el profesional de salud mental, construir el hilo de vida de una persona con esquizofrenia a partir de la descripción de sus delirios y alucinaciones y encontrar, por entre ellos, hechos posibles de comprobación de su historia real de vida.

Para Freud (1970:59), nadie está libre de sujetarse «a las leyes que rigen, igualmente, las actitudes normales y patológicas». Hasta los días de hoy, en pleno vigor del siglo veintiuno, aún sigue desconocida la explicación de la causa de la esquizofrenia. La genética, el ambiente, la deculturación, todo converge y diverge sin conseguir clarificar la turbada llegada de una enfermedad sin curación, que corta el hilo del pensamiento y hace salir del padrón de normalidad el juicio de realidad de quien es tocado por ella.

Poder trabajar con personas con diagnóstico de esquizofrenia nos ha propiciado hablar a través de otro lenguaje, cuya enfermedad no se ha dominado, un lenguaje para allá del discurso oral y un discurso delirante para allá de las convenciones socioculturales.

El discurso de las personas que viven con enfermedades mentales *«anda por los límites, alcanza, para allá de todo, regiones donde no encuentra nada – pero un nada importante y específico que es creativo precisamente en la medida en que no es destruido por las técnicas normalizadoras de la sociedad»* (Cooper, 1978:20). Sobre todo lo que para nosotros se ha convertido en el discurso más importante ha sido el sentido que cada una de aquellas personas dio a su enfermedad y los caminos que les ha conducido a ella. Para muchas, por la primera vez, estaban sentadas en grupo y pudiendo hablar sin miedo de contestaciones de orden o represión. Muchas fueron las veces que han reconocido hechos de su historia de vida en el discurso del otro, especialmente cuando este otro hablaba de las dificultades sociales impuestas por la enfermedad, como el miedo que brota en las personas de casa por la agresividad de lo que trae la esquizofrenia, el descrédito, el preconcepción y discriminación, estos vistos aún de forma más dolorosa cuando son prácticas de los propios familiares, especialmente hijos y pareja.

Pero sentirse en grupo parecía les traer una fuerza, una creencia en sí mismos y en las capacidades, deseos y voluntades que la enfermedad no ha sido capaz de aniquilar con su acidez. *«El grupo no es solamente una autoridad moral que rige la vida de sus miembros, es también una fuente de vida sui generis»* (Durkheim, 1978:XXX).

La sociedad determina modos de clasificar las personas y los predicados utilizados como usuales para estas clasificaciones. Los ambientes sociales establecen los grupos de personas que tienen la probabilidad de hacer parte de ellos (Goffman, 1988). Estando agrupadas con personas con características semejantes a nivel de manifestaciones de síntomas psicopatológicos, estos se sentían más tranquilos en hablar de sus delirios y alucinaciones, de sus miedos y desilusiones, sin el riesgo de parecer ridículo.

Muchas veces, la fuente del enfermarse mental está en una persona ‘funcionar’ como el *depositorium* de las frustraciones y desaciertos familiares, sea de su familia primaria (padre, madre, hermanos), sea de su familia constituida (marido, hijos). No pocas veces está en la dinámica familiar la raíz del desajuste y, cuando la persona está ingresada, pocas son las veces que la familia se preocupa en visitarla y demostrar cariño y cuidado. El movimiento de alejamiento es lo más constante, lo que poco a poco va quitando de la persona enferma su esperanza de curación, sus referencias, sus ganas de vivir la vida.

Tanto la salud cuanto la enfermedad, traen consigo orígenes, herencias sociales, por eso, no es admisible mirar únicamente la enfermedad sin darse cuenta que ella es parte de una persona y no su todo.

*«Es el punto de vista de aquellos que miran la enfermedad, el órgano y devalúan la traducción subjetiva de la molestia, con las consecuencias personales, familiares y sociales que ponen a la propia enfermedad, por así decirlo, fuera del cuerpo, en un espacio común, compartido. La perspectiva de la persona enferma tiene más que ver con esta experiencia subjetiva, con sus interpretaciones particulares sobre el origen y significado de los síntomas, con las metáforas que surgen en el contexto de su vida social. Es por eso que resulta importante el concepto de comportamiento de la enfermedad, en la medida en que este pueda asociar, para su elaboración, una confluencia de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, en interacción dinámica y compleja» (Quartilho, 2001:16-17).*

Dostoievski, en su obra *O Duplo*, de 1846, sumerge en profundidad en la alma humana, donde el personaje Goliádkin vive el desasosiego de considerarse un héroe y la frustración de percibirse medroso e incapaz de desempeñar este role. A veces la cuestión del duplo suscita dudas donde ora él parece ser fruto de la imaginación de Goliádkin, otras veces pareciendo ser un según señor Goliádkin, ora le confundido con sus imágenes en el espejo, ora corroborado con otros personajes que le miran e interactúan con él, pero siempre con la creencia de que es su enemigo y sólo lo traiciona por las espaldas. Estos dos aspectos si convierten en un sentido de persecución, haciendo con que Goliádkin vaya a vivir en un hospicio hasta el fin

de su vida. El Duplo trae las cuestiones aterradoras de la propia personalidad con la fragmentación del personaje principal, sus amenazadoras proyecciones, la confusión entre las alucinaciones y la realidad, tan comunes en el principio de enfermedades mentales, la confrontación de Goliádkin con sus imposibilidades, con lo que trae de oscuro, su sombra (para utilizar una terminología junguiana), es decir, contenidos reprimidos que no queremos consentir en nuestra personalidad consciente, pero que hacen parte de nuestra personalidad.

Entre esta incompreensión que vivía Goliádkin de los aspectos conscientes e inconscientes, ha surgido la cisión con la realidad, el encuentro con los aspectos patológicos, demostrando cuán frágil es la vida psíquica y cuán flojo es nuestro dominio sobre los contenidos inconscientes. Mismo las alucinaciones de Goliádkin traían dudas reales, costurando la realidad y la alucinación con un hilo de metáforas.

No es raro que los delirios traigan informaciones que a ‘ojos de águila’ puedan informar sobre la vida de la persona que delira, sus relaciones familiares – o la ausencia de ellas – sus miedos, frustraciones, deseos y faltas. Hace necesario oír los delirios con atención, oír la historia de la enfermedad con atención, las impresiones y representaciones que la persona enferma construye al respecto de su enfermarse.

Hace necesario oír las inseguridades y desorientaciones e intentar comprender lo que revelan las simbologías de las palabras, gestos, dibujos y hábitos que la persona enferma pasa a desarrollar en su enfermedad. Y poco a poco, profundizar la comprensión de los significados que las elaboraciones pasan a tener en la vida de estas personas. Trabajar con la imaginación constituye una vía de acceso alternativo al inconsciente, permitiendo la transposición de fantasías para el lenguaje concreto del imagen en búsqueda del encuentro con el equilibrio, pues *«el equilibrio biológico, equilibrio psíquico y sociológico, es esta, al final, la función de la imaginación»* (Durand, 2000:103).

En este sentido, buscar alternativas para la recuperación moral de estas personas, de manera que su reintegración social pueda darse de forma saludable y

coherente a partir de la reintegración a la familia, de modo que la exclusión venga a tornarse una actitud débil y arcaica, parece ser, sino la única, pero una vereda que nos compromete a todos como humanos a cuidar de humanos.

## 6. La Locura es una fiesta<sup>10</sup>: El arte de delirar con arte

### 6.1. Arteterapia: cuando la subjetividad puede ganar formas y colores

*«No hay mejor modo de escapar del mundo que el arte,  
ni manera más segura que el arte para unirse a él.»*  
Johann Goethe

A partir del nacimiento del Psicoanálisis, con Freud, a principios del siglo XX, los tratamientos de la mente humana experimentaron un significativo desarrollo, si bien actualmente muchas de sus aportaciones siguen obviándose. En la década de los años 20 del mismo siglo, el Psiquiatra suizo Carl Gustav Jung introduce el arte en el tratamiento psicoterápico, en un intento por conocer las imágenes de los sueños y los conflictos internos de sus clientes a través del dibujo de esas imágenes, considerándola un simbolismo de contenidos inconscientes individuales y colectivos. De esa manera, creía poder ofrecerles una posibilidad de organización del caos interior a partir de un conocimiento más profundo de sí mismos.

Para la Psicología Analítica, la enfermedad mental es una alteración que ocurre en el yo, es decir, es una invasión de contenidos inconscientes en un ámbito consciente y puede darse en diferentes grados, variando con la inestabilidad y fragilidad del yo. Así que cada persona ‘gasta’ una cantidad distinta de emociones en la resolución de sus problemas y cuando desperdicia gran cantidad de emociones frente a una pérdida o en la sensación de inutilidad o en otras dificultades de su vida, la persona acaba por quedarse impotente ante esta dificultad y éste es el escenario perfecto para el establecimiento de una enfermedad.

---

<sup>10</sup> Bastide, 1977:237.

Desde que existe el hombre se tienen registros del arte como forma de expresión y comunicación, como una manera de revelar lo que a través del lenguaje verbal podría ser más difícil de articular. El proceso terapéutico con arte funciona en la medida en que las personas expresan sus conflictos y emociones a partir de los sentidos y no de la racionalización de los sentimientos. No es necesario que piense sobre lo que siente para después expresarlo, el camino es exactamente el contrario: primero hay una expresión y después una toma de conciencia de lo que se nos anuncia en forma de arte.

Trabajando con la herramienta artística en el proceso terapéutico está la Arteterapia, que busca plasmar en imágenes las emociones, deseos, angustias o fantasías más profundas de las personas en un intento por cambiar los síntomas emocionales de mal-estar a través del desarrollo de lo que hay de saludable en su interior. De esa manera, la técnica utilizada o la estética alcanzada no agregan valores al proceso arte terapéutico. La expresión creativa de su subjetividad sí. Entonces, cuanto más expresiva es una obra, más valiosa se vuelve para el desarrollo del proceso.

El arte no cura por el simple hecho de hacer arte, tan sólo coloreando las manos de las personas en tratamiento psiquiátrico, no podemos creer que sólo este trabajo funcionará como rehabilitación. La Arteterapia tiene un propósito, una propuesta que trata de esbozar una acción incluyente que fomenta la originalidad, la creatividad y la individualidad, incluso en el trabajo colectivo, tratando de comprender a la persona tanto en el ambiente de tratamiento como en el familiar y su entorno social, pues éste es el objetivo de la rehabilitación, queremos devolverla a su entorno).

El trabajo con arte está dejando de ser meramente una actividad ocupacional de ocio de personas en tratamiento y sigue avanzando para seguir siendo un espacio de expresión de los sentimientos, de autonomía, de libertad del proceso creativo en la representación de sus experiencias y emociones.

Creo en el trabajo con arte, sobre todo cuando las personas tienen que convivir con episodios de delirios; en una realidad aparte, nueva, fantasiosa y tantas

veces tan difícil de comprender. Cuando se dibujan las imágenes mentales, se parte en una búsqueda de esta comprensión y cuando se encuentra, es una victoria. El trabajo no es fácil, pero con persistencia se llega lejos y se puede comprender mucho del alma humana, sobre todo de la lucidez que habita con la locura, casi en el mismo espacio, como cara y cruz, luz y sombra.

Sería más fácil si todos compartieramos nuestros ámbitos emocionales, pues al saber lo que significa uno, sabríamos el significado de todos y al saber tratar uno, sabríamos tratar el dolor de todas las personas. Pero también qué monótona sería la vida si las personas asumiesen las mismas dificultades y todas ellas tuviesen las mismas soluciones. El tesoro está en esta individualidad, en esta diversidad que nos hace singulares donde quiera que estemos. Así, las imágenes de cada trabajo son únicas, personales e intransferibles, a la manera de cada persona, retratando cada dificultad y cada conquista también.

A partir de las imágenes – y aquí hablaremos del proceso terapéutico con la utilización de las artes plásticas, éstas pasan a hacer parte de una cadena y sus componentes (las figuras, los colores, la sombra, la textura, los movimientos posibles) pasan a ser relacionados con contenidos simbólicos, ahora ya en un proceso más consciente del trabajo, donde el creador elabora significados para los contenidos de su trabajo y empieza la búsqueda de la mejor manera de lidiar con ellos.

*«El símbolo tiene la función integradora y reveladora del eje de sí mismo, entre lo que es desconocido – inconsciente individual y colectivo – y la consciencia. El símbolo aglutina y corporifica la energía psíquica, permitiendo al individuo entrar en contacto con niveles más profundos y desconocidos de su propio ser y crecer con estos descubrimientos. El símbolo constelado con la ayuda de los materiales expresivos dinamiza y facilita la estructuración y transformación de los estados emocionales que le dieron origen» (Philippini, 2000:19).*

Dentro de la Psicología Analítica, abordaje elegido para ese trabajo, la Arteterapia sigue un camino que empieza con la creación, seguido de la amplificación de la imagen y de su decodificación simbólica hacia un proceso de individualización, sin que para ello sea necesario ningún conocimiento artístico

previo. Se trabaja con ‘ejercicios’ libres, dirigidos o semi-dirigidos a partir de soportes como los cuentos, mitos, poemas, obras de arte, canciones u otros soportes que el Arteterapeuta escoge como buenos transmisores de la expresión subjetiva de la persona/las personas con quien trabaja.

Y buscar lo saludable y creativo facilita el éxito de las posibilidades de encontrar resoluciones para las problemáticas dolorosas de la persona que sufre, produciendo cambios internos a partir del acceso al mundo interior. De esa manera, a partir del contacto y del enfrentamiento del yo con el yo guardado y desconocido, se produce un crecimiento personal y un fortalecimiento de un yo más sano y resistente a las encrucijadas emocionales de la vida y a una futura crisis.

Desde 1948 se trabaja con el arte en un Hospital Psiquiátrico de Brasil y ha sido ejemplo para muchos otros – Hospital Pedro II, en Río de Janeiro - con la Terapia Ocupacional de la Dra. Nise da Silveira que creó el *Museu de Imagens do Inconsciente*. Ella decía que el arte ofrece una forma a las emociones que están desordenadas dentro de las personas, des-potencializándolas, y en el mismo proceso, el arte también busca fuerza para la auto-curación, sacándolas hacia la consciencia, a la realidad (Silveira, 1992). Así, las personas tienen la oportunidad de recuperar los colores que se borraron con las crisis, con la llegada de la enfermedad, con el diagnóstico de ‘enfermo mental para siempre’.

Estas imágenes representan un material rico y eficaz en la comprensión de la psique humana. Consiguen proponer un hilo que abarca todo el delirio y lo transforma en dibujos posibles de comprender, posibles de mirar y percibir en ellos las distorsiones de la realidad a partir de las explicaciones de sus dibujantes, pues por sí sola la imagen no tiene sentido en este trabajo: es necesaria la palabra para que quién mire los dibujos no caiga en la rutina de intentar interpretarlos objetivamente ni en errores comunes al enjuiciar una verdad que siquiera le pertenece, pues lo que podría parecer un bosque en realidad podría ser el fondo del mar.

Trabajar con los delirios nos ofrece la oportunidad de cambiar de lentes y mirar el mundo de otra manera, incluso de escuchar lo que dicen las personas acerca de ellos mismos e intentar leer entre líneas lo que está sobrentendido y no decir

únicamente cómo deben intentar entenderse las personas, sino intentar entenderlas a través de su propia mirada, darles el poder de la palabra y creer en ella. Y cuando digo creer no digo en los hechos fantasiosos de los delirios, sino en buscar percibir lo que estos hechos fantasiosos están camuflando y traer este contenido ‘camuflado’ hacia la realidad.

Creemos en las propiedades de curación del arte y en las propiedades reparadoras del dolor del alma. Por lo tanto, no nos limitamos a trabajar con una u otra, sino con las dos simultáneamente, proporcionando un espacio donde la gente puede esbozar sus conflictos a partir de los colores y de sus narraciones, trayéndoles a la concreción para que de esta manera puedan hablarse a sí mismos. Ésta es una manera de fortalecer su autoestima y tratar de consolidar su reintegración social, porque es así como se percibe la individualidad: con el reconocimiento a la diversidad.

Con las personas en tratamiento psiquiátrico, el arte tiene una función catalizadora, fomentando la construcción de la llamada 'tierra existencial' y tratando de hacer de la información obtenida mediante el contacto con las imágenes, herramientas para la realización de las más simples actividades diarias, deterioradas a partir de los episodios de enfermedad.

Las personas se sienten víctimas de una injusticia por estar enfermas, muchas veces para siempre; se preguntan por qué la enfermedad les ha elegido y les ha anulado sus vidas. Y es ahí donde el arte asume el compromiso de ofrecer su ayuda en este retorno a una vida saludable junto con el diagnóstico de la enfermedad, en una constante búsqueda de percibir lo sano de cada persona enferma para potencializarlo.

A pesar del momento de crisis que viven estas personas en su sufrimiento mental, de la ‘muerte simbólica’ que viven a cada día con las exclusiones y con las privaciones; en suma, su muerte social, a través del arte también experimentan la posibilidad de renacer, del reconocimiento de un nuevo potencial, del potencial

creador que permanecería desconocido si viviesen sencillamente sus monótonas vidas sanas.

A partir de sus dibujos, pueden exponer su subjetividad, sus emociones, sus ideas, sus sueños, sus deseos, sus fantasías, sus desgracias, su cólera, sus caminos fragmentados en antes y después de los episodios de la enfermedad. También las personas pueden observar sus delirios desde la realidad y ésto les ayuda a percibir lo que es real y lo que es una fantasía de su mente confusa; ésto les ayuda a identificar lo que es parte de su identidad y lo que no les pertenece, y ayuda también a percibir e intentar salir del proceso de repetición tan común en personas con diagnóstico de psicosis. Así que, paso a paso, la expresión de sus emociones empieza a plasmarse entre los límites de la hoja de papel y con el paso del tiempo, ganan formas, colores y hasta palabras que las expresan con mayor claridad.

Es necesario no olvidarse de que toda persona es única e indefinible y las respuestas a sus demandas estarán guardadas dentro de sí, junto con sus angustias y desasosiegos, como la luz y la sombra. El arte nos presenta la posibilidad de una mirada más nítida hacia ese interior, una manera de revelar lo que está guardado y que puede traer tanto inquietudes como bondades humanas, la llave para abrir una puerta que le conduzca a una vida más serena... y sólo se sabe cuando se osa caminar en dirección a esa puerta. El arte indica el camino y favorece este encuentro, como pasó con Diego y su padre:

*«Diego no conocía la mar.*

*El padre, Santiago Kovadloff, lo llevó a descubrirla.*

*Viajaron al sur.*

*Ella, la mar, estaba más allá de los altos médanos, esperando.*

*Cuando el niño y su padre alcanzaron por fin aquellas cumbres de arena,  
después de mucho caminar, la mar estalló ante sus ojos.*

*Y fue tanta la inmensidad de la mar, y tanto su fulgor, que el niño quedó mudo de  
hermosura.*

*Y cuando por fin consiguió hablar, temblando, tartamudeando, pidió a su padre:*

*" ¡Ayúdame a mirar! » (Galeano, 2001: 101).*

Este es el rol de la Arteterapia, ayudar a mirar hacia dentro de sí mismos y encontrar la verdad de su mundo existencial. Pues como bien dijo Jung: *«Todo objeto*

*tiene dos aspectos: el aspecto común, que es lo que en general vemos y los otros ven (o lo que los otros dicen) y el aspecto fantasmagórico o metafísico, que sólo unos raros individuos, en sus momentos de clarividencia y meditación metafísica ven. La obra de arte debe expresar algo que no parezca en su forma visible» (Jung, 2005:164).*

Hoy la Arteterapia hace parte de programas universitarios en varios niveles y en varios países del mundo como Brasil, Portugal, Francia, Estados Unidos, Argentina, Colombia, Uruguay... hay un vasto crecimiento de la demanda de comprensión del ser humano que la palabra pura no ha podido satisfacer, de manera que se busca cada vez más en el Arte subsidios para atender a esta necesidad de liberación de la palabra a través del imagen, sea de la imagen mental, producida a través de la escucha de un cuento, por ejemplo, o sea del imagen producida a través de una diversidad de materiales con los que está familiarizado.

## **6.2. Entre La Estructura de los Mitos, de Lévi-Strauss y los delirios (des)estructurados, de las personas que viven con enfermedades mentales**

*«Lo humano sólo puede ser entendido por lo humano – hasta donde se pueda entender, y la comprensión es más o menos el sacrificio de la objetividad. Porque al tratarse del pasado humano, tenemos que dejar un espacio para la duda y hasta para el misterio».*

Gilberto Freyre

En su libro «Antropología estructural», Claude Lévi-Strauss (1985) dedica un capítulo entero a la estructura de los mitos, cuya configuración, su desencadenante e incluso la estructura del contenido son muy similares a los delirios causados por una buena parte de las psicosis, donde, en general, la persona que sufre vive su vida en dos mundos, uno real y uno 'imaginario', pero no por esto menos real que el primero.

Entre sus primeras páginas, dice el autor: "*...el objetivo de los mitos es ofrecer una derivación a los sentimientos reales, pero que están reprimidos*" (pp. 239). En el mismo discurso, podríamos estar hablando de delirios, una forma de (sobre)vivir en una realidad, a la que la persona enferma tiene que enfrentarse, encontrar una vestimenta (ir)real y creer en él para permanecer vivo.

En el momento de delirio, cualquier cosa puede suceder. El delirio trae consigo la libertad de los sueños. Sólo tiene que tener sentido para la persona que delira... y lo hace... Su lógica no se ajusta a ninguna norma de coherencia determinada por la cultura ni las normas sociales. La cita escuchada en el delirio pertenece a uno mismo y corre veloz por las praderas casi oníricas de la imaginación, pero con la fuerza de una realidad.

*«En un mito puede pasar cualquier cosa, parece que la sucesión de acontecimientos no está sujeta a las normas de la lógica o continuidad. Cada individuo puede tener cualquier predicado, todas las relaciones concebibles son posibles»* (pp.239).

Cada delirio abarca un campo restringido solamente la persona que delira, su Psiquiatra, su Psicólogo y pocos miembros más de su familia cercana y a quienes comparten el espacio de tratamiento. Pero, ¿cómo explicar una característica muy interesante y curiosa de los mitos y delirios, que de "un extremo al otro de la Tierra", cómo dice Lévi-Strauss, los mitos se parecen mucho con otros mitos de otros pueblos, y los delirios con los delirios de los demás? Varían las lenguas, culturas, el tiempo, la forma de expresar y sigue siendo la combinación de ambas similitudes y diferencias en una sola palabra: comunicación. Comunicar las acciones y contradicciones. Comunicar los *«sentimientos como el amor, el odio o la vergüenza, común a toda la humanidad»* (pp.238), Comunicar el intento de *«explicación de fenómenos difícilmente comprensibles»* (Ídem, íbidem) de la naturaleza y de la naturaleza humana. Con sus contenidos repletos de afectividad y en una eterna búsqueda de comprender lo incomprensible, los delirios buscan alternativas en los contenidos inconscientes para este fin. Existe una especie de autonomía en los delirios que les localiza en las profundidades del inconsciente humano, 'dentro' del llamado "inconsciente colectivo", que impregna a toda la humanidad, que encuentra en cada uno de

nosotros, características simplemente de la naturaleza humana y, por esta razón, tan semejantes.

Así cómo el mito, el delirio *«forma parte integrante del lenguaje; es con la palabra que él nos da a conocer, él proviene del discurso»* (pp.240). Pues si quien delira no relata su delirio, no será posible conocerlo. Pero quien delira no es el autor de su delirio, la creación de la idea delirante no sigue pasos conscientes. Como ya decimos, los delirios son autónomos y, así como los mitos, no son autorales.

Los mitos aparecen en la búsqueda de ofrecer una nueva posibilidad para el lenguaje. Los delirios también. Los mitos integran la lengua. Los delirios también. Los tiempos míticos son atemporales. Los tiempos del delirio también. La naturaleza sincrónica y diacrónica de los mitos, reversible e irreversible, también es la naturaleza de donde brotan los delirios.

La poesía, los mitos son una forma de lenguaje muy difícil de traducir y, a menudo, no tienen ningún sentido para la gente que 'los escucha' sin conocer la "verdad" de su contexto, de lo que hay además de esa descripción en palabras. Con los delirios sucede de la misma manera. El hecho de que no tenga sentido para alguien que escucha - y no me refiero a la persona delirante, si no a quien de esta persona relate el contenido de sus delirios, debilita su verdad y la credibilidad. Se puede oír a menudo, especialmente en los lugares de tratamiento psiquiátrico, que una persona 'ya está delirando, ya no acierta a casar las cosas cuando las 'cosas', dentro de sí misma están tan fragmentados que así también aparecen en su discurso y esto se liquida, sin que le sea dado el beneficio de la escucha.

Escuchar un mito sin dejarse envolver por su contexto, sin cerrar los ojos y dejarse llevar a ese escenario descrito no debe considerarse como 'escuchar' un mito. Igualmente ilusorio es escuchar un informe acerca de un delirio con los oídos indiferentes, con la mirada de quien ve la limitación de una persona y sólo tiene la 'capacidad' para percibir su enfermedad. En ambos casos se logra una variedad de deformidades. La escucha se lleva a cabo cambiada, tullida, podada, vana.

«Un mito siempre se refiere a acontecimientos pasados» (pp.241). Con los delirios pasa lo mismo, incluso cuando expresan posibilidades de acontecimientos futuros, como por ejemplo: «Mi hermana desea matarme o enviarme al mar en un navío sin regreso». Este miedo y esta actitud del otro hacia sí mismo, están conectados por un hecho pasado, como una especie de justificación: «Ella piensa que fui yo que me quedé con su marido, pero no, él le traicionaba ya con nuestra madre que incluso está muerta». *«El valor intrínseco atribuido al mito [que también podría ser al delirio] proviene de que estos acontecimientos, que acontecen supuestamente en un momento del tiempo, forman también una estructura permanente. Ésta se relaciona simultáneamente con el pasado, con el presente y con el futuro»* (pp.241). No es infrecuente encontrar también la presencia de estas tres categorías de tiempo en los delirios. El aviso de que algo va a pasar a partir de la justificación de algo que haya pasado y pasará si no se hace nada para impedirlo, como por ejemplo: «Hoy por la mañana pesqué a mis vecinos escuchando mis pensamientos por el teléfono» (pasado) «y ahora amenazan con contarlos para todas las personas que pasan por la calle» (futuro), «por eso, tengo que cortar el hilo del teléfono, para evitar esta desgracia» (presente) [Malaquita, CV].

Los mitos y delirios siguen repletos de símbolos, de señales que en un lenguaje metafórico, cuentan cosas sobre los pueblos, sobre las personas, sobre la naturaleza. Pero no es posible analizar los símbolos que aparecen en los mitos por separado y buscar en un diccionario de símbolos el significado de cada uno. Tenemos que comprender lo que cada uno quiere decir en el contexto en el que aparece, combinados unos con otros, pues *«si los mitos tienen un sentido, éste no puede atenerse a los elementos aislados que entran en su composición, sino en la manera en la que estos elementos se encuentran combinados* (pp.242)... los delirios también.

Un día dijo Lévi-Strauss que ‘un hacha de hierro no es mejor que un hacha de piedra, porque esté mejor hecho. Uno y otro están igualmente bien hechos, pero el hierro no es lo mismo que la piedra’ (...). La teoría electrónica, las hipótesis sobre la expansión del Universo no están ‘mejor hechas’ de que un mito Zuni o la parábola del grano de mostaza. Simplemente se aplican a dos objetos distintos (Durand, 2000).

Y como termina Lévi-Strauss, «...tal vez un día descubriremos que en el pensamiento mítico y en el pensamiento científico operan en la misma lógica...» (pp.244) y quién sabe en este día, los mitos ganarán credibilidad y entendamos en el contenido de los delirios como verdades inventadas auténticas, o quizás también los mitos nunca quieran perder su misterio, el enigma de hasta qué punto contienen contenidos reales y las dudas sobre la claridad de sus eventos. O quién sabe, tal vez, sea por eso que aún resisten a los intentos de encontrarles explicación, normalizándolos como harían los positivistas, academizando, intentando hacer científico este arte. Quizá los mitos sólo quieren permanecer siendo mitos. Y existir allí donde se cree en ellos y para los quién los crea... y los delirios también.

### **6.3. Los cuentos como un camino para llegar a la propia historia**

*« No soy nada.  
Nunca seré nada.  
No puedo querer ser nada.  
Aparte de esto, tengo en mí todos los sueños del mundo.»  
Fernando Pessoa.*

En este estudio, los cuentos funcionaban como catalizadores, para no tener que imponer un tema a cada día y de esta manera, dejar el imaginario migrar para donde le llevara la historia. Se trabajó con cuentos de hadas, recolectados por los Hermanos Grimm, donde excluimos contos tradicionales brasileños y caboverdianos para que no hubiese una contaminación con imágenes ya vistas de estas narraciones. Así, el pasaje hacia el contacto con la idea delirante sucedía a través de la escucha de una historia atemporal, igual para todos y desconocida para la mayoría de los participantes que, a su vez, se dejaban encantar por los escenarios, las batallas, los triunfos y las lindas doncellas.

Los primeros cuentos de hadas de los que se tiene registro fueron recogidos por los hermanos Grimm a principios del siglo XIX en Alemania. Estos cuentos les permitieron investigar elementos lingüísticos que contribuyeron en sus estudios de filología alemana y también rastrear y registrar textos del folclore literario alemán, ya

que consideraron que éstos expresaban realidades de la vida de su país. Estos cuentos compilados por los Grimm no estaban originalmente destinados a los niños sino a los adultos y fueron ellos quienes, al percibir una temática mágica y maravillosa en su contenido, los dedicaron a los niños, haciendo la fusión del universo popular con el universo infantil.

Los cuentos fueron creados por las personas para ser escuchados; son historias que hablan de la vida humana y sus etapas de desarrollo, uniones, desencuentros, normas sociales, conquistas de reinos, pueblos y corazones, solidaridad, y esperanza... Las historias nos muestran que, como en la vida, tenemos que luchar y vencer las dificultades para llegar al triunfo y que hay siempre una problemática a vencer en el camino al éxito y que «*vivir feliz para siempre*» es una conquista diaria y ardua y que la victoria no nos cae del cielo como la lluvia en nuestras manos.

Una conquista diaria y ardua es también la vida de las personas que sufren de trastornos psiquiátricos. Poco a poco dejan de ser considerados personas para convertirse en objetos, sufriendo las intervenciones de los psiquiatras, de los psicólogos, de las medicinas, de su familia y de su entorno social. Les es negada y arrebatada la posibilidad de ser ciudadano con sus derechos y deberes, pues su palabra no tiene credibilidad y por ello, a menudo a la persona se le va inhibiendo su posibilidad de expresión.

En este espacio, donde la expresión camina hacia el fracaso, surgen los cuentos como una posibilidad de llevar la luz donde la oscuridad de la enfermedad empieza a reinar y en un reino cada vez más poderoso. El hecho de que los cuentos relaten eventos que se repiten, es decir, ‘situaciones comunes’ de la vida de las personas, aproxima las historias literarias a las historias humanas y en consecuencia, la persona que escucha consigue ‘prever’ lo que irá a suceder en el cuento y de esta manera, ‘dominarlo’. La persona siente una seguridad interior, como si pudiera, de cierta manera, dominar la marcha de los acontecimientos de su vida y por ello, hasta hoy, ésto se considera uno de los principales encantos de los cuentos de hadas.

En cuanto los escuchan, las personas van buscando similitudes con sus historias de vida y para ellos, percibir los desenlaces de las problemáticas contadas les inyecta la iniciativa de buscar soluciones para sus propias problemáticas y si no las encuentran, de crearlas. Cuando se escucha un cuento dentro de un tratamiento psiquiátrico, una persona, principalmente con esquizofrenia (cuyos pensamientos están desconectados, rotos y flotantes), proyecta sus historias de vida en las imágenes mentales que el cuento le plantea.

La persona con esquizofrenia vive una desintegración de su personalidad y los cuentos le ayudan a montar este mosaico desconectado a partir de las características de los personajes con los que empiezan a identificarse. Por un breve espacio de tiempo, una historia que pertenece a toda la humanidad, pasa a pertenecer a una sola persona, como una historia que además de hablar de distintos personajes trata incluso de uno mismo, como si hubiera sido escrita para él, tan adecuada a su caso que le parece estar allí.

Los cuentos se ofrecen como cunas, como una posibilidad de mecer sueños reales que estaban perdidos o desacreditados; traen el calor de la esperanza un día vivida, sobre todo la esperanza de vivir un final feliz en su propio cuento real que es su historia de vida. Además, la estructura literaria de los cuentos posibilita la reestructuración del pensamiento esquizofrénico: cuando escucha un cuento, la persona sigue su hilo, su trayecto y así empieza a ordenar sus pensamientos rotos y desconectados a partir de una misma ordenación y entonces es posible comprender muchas de sus actitudes, de sus delirios, de sus ausencias, de su desconexión con la 'vida real'.

Además de los cuentos se utiliza el dibujo de imágenes mentales para lograr la conexión entre la historia de vida que se quiere trabajar y lo saludable de la persona que sufre y hacer así que dicha parte saludable se manifieste frente a la enfermedad en un duelo duro, pero posible. Al escuchar, escribir, leer y contar determinada historia al largo de su tratamiento, la persona con enfermedad mental empieza a hacer más suya su propia historia; se crea a sí mismo como un nuevo sujeto que ahora reconoce su entorno y puede tomar sus propias decisiones y volver

a ser sujeto activo de su vida y no más un objeto; que puede hablar de sí mismo y conocer sus límites, hacer que las nuevas historias los amplíen cada vez más... Éste es el objetivo de trasladar las historias de lo popular hacia lo individual, de lo plural hacia lo singular y cuidar de heridas emocionales tan particulares y tan comunes. Sería una insensatez creer que los cuentos sólo sirven para ocupar el ocio de los niños o hacerlos dormir: las historias son mucho más que esto, y bien utilizadas pueden ser una gran fuente de salud para personas de todas las edades. «Y sólo entonces la Antropología del Imaginario puede constituirse en Antropología sin la única finalidad de recolectar de imágenes, de metáforas y de tempos poéticos. Sino que, además, debe ambicionar el elaborar el cuadro de las esperanzas y de los celos de la especie humana, a fin de que cada uno pueda reconocerse y confirmarse en él (Durand, 2000:104)».

Conocer la historia de vida de una persona y ayudarla a adueñarse de su propia historia le ofrece la posibilidad de conseguir mirar su problema – expresado en la historia que cuenta sobre su propia vida - y de apartar a la persona de una posible interacción destructiva que mantiene con su enfermedad mental, que después de la primera crisis, el control ejercido por la enfermedad pasa a ser mirado como una entidad de dominio en relación a sí misma, dificultando, inclusive, la búsqueda por otros enredos alternativos, de los cuales, a la medida del posible, la persona debe estar de pose, firmando su autoría.

Escuchar historias literarias es fundamental en este proceso, separar la historia personal de las historias de otras personas o saber dónde están interfiriendo en la enfermedad y retardo de la curación. Oír historias literarias y relacionarlas con su propia historia de vida ofrece un contacto más cercano con su propio enredo con sus monstruos, desafíos y atrocidades, con actitudes que están dificultando la curación, dando pistas de conductas perjudiciales que pueden estar desviándole de la posibilidad de una vida más saludable.

Cuando una persona carga el sello de una enfermedad mental, su carga peyorativa contiene tamaña fuerza, capaz de apagar la luz de sus otros predicados. Es necesario mantener abierto un espacio de expresión de sus historias de vida, respetando toda la amplitud que esta actividad necesita, en un intento no de

reconstrucción, sino de construcción de nuevas narrativas, desasiendo discursos y prácticas dominantes, para que traigan una nueva comprensión de las cuestiones que son amargas en su día a día procurando mantener una convivencia saludable con los personajes que comparten su historia, que participaron de su proceso de enfermedad y también se vuelven importantes en su proceso de curación.

#### **6.4. Artistas que vivían con enfermedades mentales: el arte como catarsis**

*«Después de la experiencia de los ataques repetidos, me conviene la humildad. Así que, ¡paciencia! Sufrir sin quejarse es la única lección que debemos aprender en esta vida».*

Vincent Van Gogh

Sabemos que la presión social desarrollada por el hombre es un voráz predador del propio hombre. En este sentido, romper con la realidad acaba siendo la posibilidad que el propio hombre encuentra para no sentirse descartado e incapaz dentro de una sociedad que valora sobre todo la fuerza y la capacidad laboral de sus miembros. Una sociedad construida por los propios hombres que les enferma y les excluye.

Al delirar, dentro de un contexto de enfermedad esquizofrénica, el hombre construye un mundo de posibilidades, construye y destruye conforme avanza su pensamiento delirante. Y en él se refugia, se fortalece, se ennoblece, se aísla, se encuentra sólo. El mundo delirante no proporciona un dulce sueño eterno. Huir de la realidad es agotador, pues corre veloz y sin piedad. Y se acerca con gritos, con impaciencia, con más cobros, con descrédito, con abandono e indiferencia. Y estar al lado ya no significa estar cerca. Las personas se soportan. Y delirar, en muchas ocasiones trae un escenario ‘más suave’. Roba la escena y la pinta con sus propios colores hasta incluso para dibujarla en blanco y negro...

El arte torna visible la imagen. Concreta la abstracción, lo que era delirio. El arte propone una forma que busca informar sobre algo que le sucede a su creador. Y es esta información la que mueve todo el trabajo, incluso el trabajo de auto-conocimiento que el creador necesita para continuar su marcha creativa.

Fue en el siglo XVIII, tal vez influenciados por el pensamiento natural defendido por las ideas de Rousseau cuando los artistas se interesaron por la locura. Por entonces, ellos visitaban los manicomios como hoy visitamos los zoológicos y dibujaban acerca de lo que veían, de la vida cuasi animalesca de las personas confinadas entre los muros de aquellas casas frías. Y dibujando sobre lo que veían, dibujaban también las personas enfermas dibujando en las paredes de sus habitaciones o en el propio suelo y fueron los dibujos sobre el diseño de las personas enfermas lo que llamó la atención sobre esta actividad que hoy se ha revelado terapéutica.

Cada vez ha sido más estrecha la relación entre arte y enfermedad mental. Hoy podemos enumerar una larga lista de personas consideradas ‘genios’ de nuestra historia y han padecido de estos trastornos durante su vida, muchas de ellas han relatado cómo se aprovecharon de sus crisis como momentos de mayor creatividad, pues las actividades artísticas desempeñan una función liberadora, lo que Freud llamó de ‘catarsis’ de los problemas psíquicos y al mismo tiempo compensatoria de las carencias humanas por su poder de crear lo que hace falta.

Podemos enumerar un sinfín de artistas de distintas áreas que durante su vida tuvieron que convivir con una diversidad de fisionomías de la llamada ‘locura’. Los compositores Hugo Wolf, Camille Saint-Saens y Robert Schumann. Algunos de los célebres escritores que, según documento médicos de su época, sufrían de psicosis, como Friedrich Holderlin, August Strindberg, Arthur Rimbaud, Edgar Allan Poe, Charles Lamb, Jonathan Swift, Nietzsche, Lewis Carroll, William Blake, Theodore Roethke, Ernest Hemingway, Ezra Pound, Hart Crane, Sylvia Plath y Virginia Woolf. Dostoiewsky, escritor ruso, sufría de una incurable epilepsia, una especie de disturbio neurológico que puede presentar síntomas de una emotividad exacerbada, un fuerte interés por la filosofía y la religión o en ‘hipergrafía’, una tendencia a

escribir sin parar. También Marx Weber, August Comte, J. Stuart Mill y otros que fueron reprimidos por la supuesta ‘enfermedad’ de sus ideas, como Nicolau Copérnico y Charles Darwin (Winner, 1982).

En la historia de las artes plásticas, también podemos enumerar diversos artistas tocados por la ‘locura’, como: Hieronymus Bosch, Albrecht Durer, Vincent van Gogh, Wassily Kandinsky, Edvard Munch, Salvador Dalí, *Richard Dadd*, además de los pintores que han dibujado el tema de la locura, como Pablo Picasso y Diego Velásquez.

Algunas imágenes nos traen el malestar de una manera tan clara que casi es posible ponerse en lugar del artista y sentir su dolor, como es el caso de «El Grito», del pintor noruego Edvard Munch (1863-1944), que sufría psicosis maniaco-depresiva y estuvo internado tres veces en hospitales psiquiátricos de Francia, Alemana y Suiza, entre los años de 1890 y 1900. Su obra más conicida «El Grito» (1893, pintada en pleno tratamiento) nos muestra claramente el mal que su enfermedad le causaba. Él reconocía la importancia de su tratamiento, pero temía que éste consiguiese sofocar su creatividad y un día dijo: «*Prefiero continuar sufriendo de estos males, porque son parte de mí y de mi artes*» (D’Ottaviano, 2005:79).

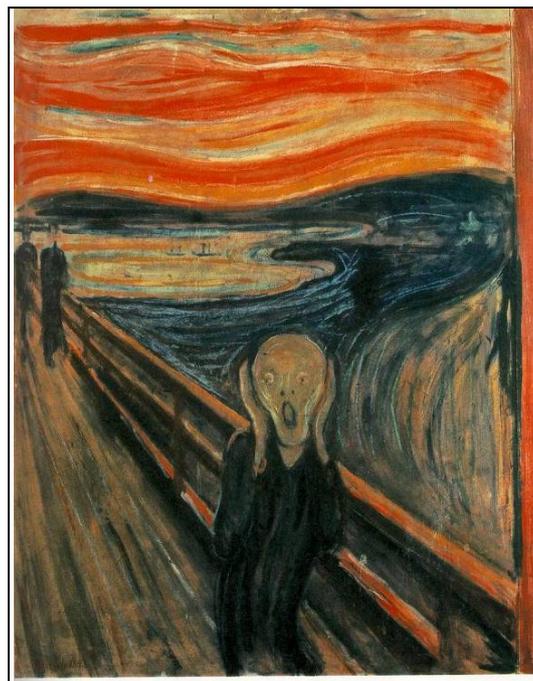


Figura 11: Pintura 'El Grito' de Edvard Munch (1883)

El pintor holandés Vincent Van Gogh, creador de bellísimas obras de arte, también tenía una enfermedad mental, aún hoy no se ha definido si era una esquizofrenia o una psicosis de angustia-felicidad y con ella tuvo que convivir toda su vida, desde los 33 años. El 23 de diciembre de 1888, después de una violenta discusión con Gauguin, Van Gogh se cortó una oreja y se la llevó a una prostituta. Inmediatamente, tras este acontecimiento fue internado en el hospital de Arles. Muchas de sus obras más significativas surgieron entre los años de 1889 e 1890, época en la que estuvo internado en el convento de San Pablo, en Saint Remy, situado a unos 30 kilómetros de Arles, en Francia, para recibir tratamiento psiquiátrico. Fue en febrero de 1890 cuando vendió su primer cuadro y alcanzó el reconocimiento de los críticos de arte y otros pintores como Monet y Toulouse-Lautrec. Cuando recibió el alta en el hospicio, fue a tratarse con un médico-psiquiatra llamado Dr. Gachet, al que también le gustaba pintar y luego los dos sintieron afinidades de alma y en una carta a su hermano Theo, Van Gogh escribe: «El Dr. Gachet me parece tan enfermo y nervioso como tú y yo y además es mucho mayor. Ya somos muy buenos amigos» (Van Gogh, 2004:57). En esta altura y en homenaje a su Médico por quien tenía tanta estima, Van Gogh lo pinta en uno de sus cuadros.

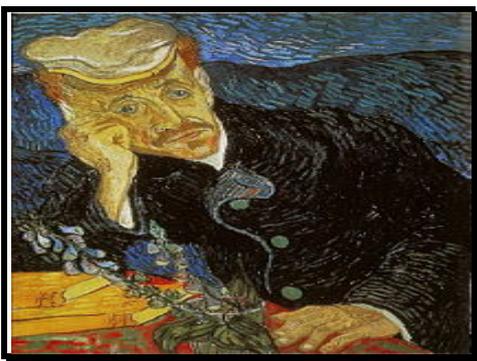
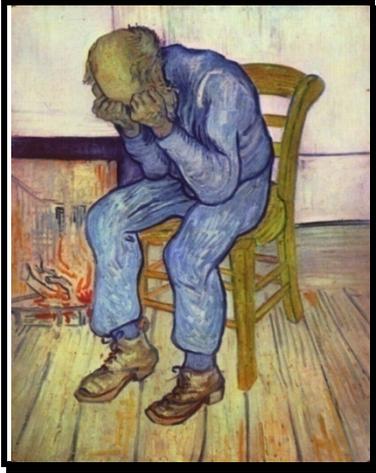


Figura 12: Retrato del Dr. Gachet, (1890)



Figura 13: Dormitorio Arles, (1889)



*Figura 13: Hombre viejo con la cabeza en sus manos, 1882*



*Figura 14: Auto-retrato con oreja cortada, 1889.*

Para Van Gogh, la enfermedad le otorgó, además de sufrimiento, un importante valor a su vida. Y en otra carta a su hermano Theo, escribió: «*En la medida que voy perdiendo la lucidez, me voy quedando más enfermo y débil, pero crezco en valor artístico*» (Ídem, pág.176). De esta manera, podemos percibir que el arte le liberaba, que la debilidad de la enfermedad no comprometía su valor artístico, al contrario: le concedía un valor aún mayor, por poder expresar sus más horribles dolores, como en el Hombre viejo con la cabeza en sus manos, donde se puede percibir su angustia y también en el autorretrato con oreja cortada, 1889, que retrataba el episodio de la automutilación, ocurrido en 1889, un año y medio antes de su suicidio, en 1890.

Una obra de Van Gogh que llama mucho la atención por la fuerza que traen sus colores retratando su infierno interior es “Campos de Trigo con Cuervos” y no es en vano que buscó su muerte mientras pintaba esta colección, retratando campos de trigos y campos de girasoles. Retratando la angustia que sentía sin saber cómo librarse de ella. Es posible imaginar la rapidez de sus pinceladas pesadas de tinta, intentando dejar en (pasar para) la tela su dolor interior, un dolor que con el pasar de los días le iba quitando la voluntad de vivir.



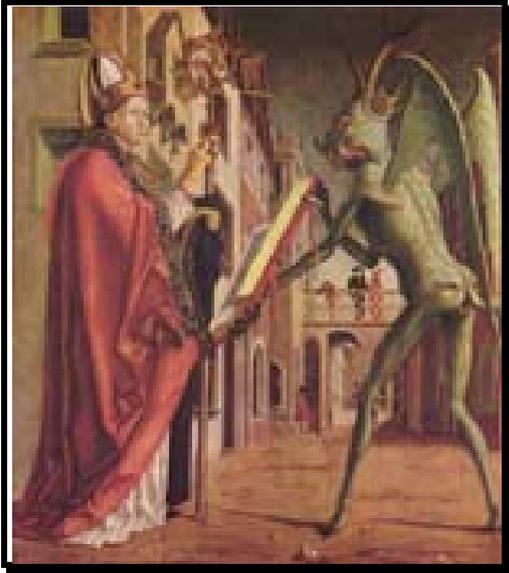
*Figura 15: 'Campos de Trigo con Cuervos' de Vincent Van Gogh (1890)*

Y ha sido el trabajo de artistas enfermos lo que ha llevado al an alisis de las obras de arte a los especialistas de la mente humana. Una importante obra, de nada menos que de Sigmund Freud, titulada de *A seventeen century demonological neurosis*<sup>11</sup> fue escrita sobre obras de arte de artistas enfermos mentales graves como Christoph Haizmann, que sufría de ‘posesiones del diablo’ e Richard Dadd, que fue juzgado insano despu es de la muerte de su padre, en 1843.

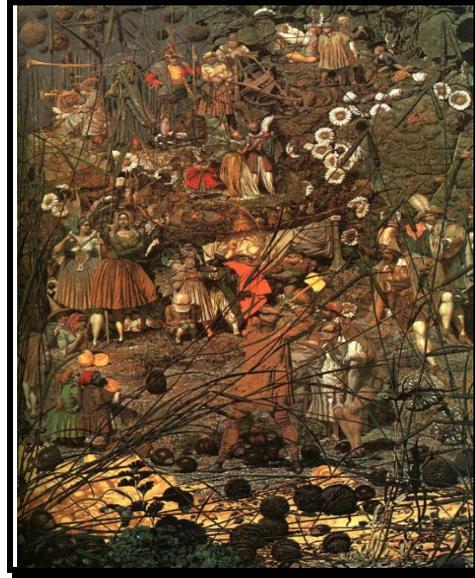
La suposición demonol gica de aquellos tenebrosos tiempos se ha sustentado firmemente frente a todas las explicaciones somáticas del período de las ciencias «exactas». Los casos de personas con posesión diabólica pertenecen a la categorización de nuestras neurosis, para cuya elucidación acudimos nosotros a la acción de poderes psíquicos. Los demonios son para nosotros malos deseos rechazados; derivaciones de impulsos instintivos reprimidos. Impugnamos tan sólo la proyección al mundo exterior de que la Edad Media hacía objeto a tales poderes an micos y los hacemos nacer en la vida íntima del enfermo en el cual moran (Freud, 1924).

---

<sup>11</sup> Neurosis demon ficas del Siglo XVII



*Figura 16: Saint Augustine and the devil, Christoph Haizmann, 1677*



*Figura 17: The Fairy Feller's Master Stroke, Richard Dadd, 1855-1864<sup>12</sup>*

En 1892 tuvo lugar en la Chicago Academy of Medicine, en los EE.UU. el Congreso sobre Artes e Insanidades. En 1900 el Hospital Psiquiátrico de Bedlam, en Londres, concebía una exposición con los trabajos de las personas enfermas mentales. En 1905 fue creado el Museo Loco, en el Asilo de Villejuif, en Francia. Y en 1907 fue publicado el primer libro propuesto para el estudio de arte y locura, con el título de *L'art chez les fous*<sup>13</sup>, escrito por Marcel Reja.

Tanto los reconocidos artistas que tenían una enfermedad reconocida como los que se volvieron artistas después de que se manifestara su enfermedad, tienen una creatividad pulsante, al compás de sus síntomas. Una especie de intranquilidad creativa que debería formar parte de los síntomas percibidos entre personas que sufren de esquizofrenia, donde la creación se alimenta de su desasosiego, de sus delirios y alucinaciones para producir preciosidades.

<sup>12</sup> Este dibujo de Richard Dadd fue un regalo para el Director del Hospital Psiquiátrico donde estuvo internado nueve años. Dice Sigmar Polke, también artista alemán, que acostumbraba a dialogar con las imágenes que creaba.

<sup>13</sup> El arte en la casa de los locos (traducción de la autora).



*Figura 18: Pablo Picasso, en su 'fase azul' pintó una persona con su 'locura'. Esa obra tiene el nombre de 'El Loco' (1904, Museo Picasso/Barcelona) y está inspirada en una persona que con estas características vivía por las calles de Barcelona, caminando sin destino.*

El pintor español Diego Velázquez (1599-1690) también dibujó una persona enferma mental en 1639, el Don Juan Calabazas, también conocido por "el bobo de Coria", o "Calabacillas", que fue uno de los empleados del Cardenal-Infante Don Ferdinando de Austria, que después sería Rey de España.



*Figura 19: Retrato del Bobo Juan Calabaza (1639). Diego Velázquez (1599-1660). Museo del Prado (Madrid)*

De esta manera, podemos percibir que la producción pictórica es una importante herramienta de expresión y comprensión de los comportamientos

humanos, sea para las personas que padecen de algún trastorno o no. Cuando la persona enferma mental tiene su palabra desacreditada, una opción de comunicación más profunda puede ser la producción artística, donde su expresión a través de metáforas, comprensibles o no, pueden ofrecer a quien expresa, un menú de posibilidades de refugio, reconciliación, esperanza, de expresar de forma más sencilla lo que las palabras no consiguen decir. Además de que, muchas veces, se convirtiere en el descubrimiento de buenos talentos estéticos que retratan fragmentos de una cultura donde la locura también puede ser representada a través de la pintura. Y quizá no sea por acaso el encuentro semejante de la grafía de estas tres palabras: cultura, locura y pintura.

## 6.5. La imagen de la “sinrazón”

*«Trayendo luz, trayendo fe, trayendo fuerza, trayendo coraje  
Para que mañana sea un día diferente»*

Luz, Nancy Vieira, cantante de Cabo Verde

En esta investigación, toda manifestación de las personas de ambos grupos ha sido observada, no solamente las imágenes de los dibujos, sino también cada persona con su manera de pintar, los colores que prefiere, si le gusta pintar cantando o hablando de algo o incluso charlando con alguien y también de qué manera esperaba el momento del Atelier de Arteterapia, si con entusiasmo o apatía. Todo estaba siendo observado y yo funcionaba como una especie de coautor de las imágenes, pues muchas veces el autor de un dibujo dijo que su imagen la hizo para mí, para que yo le comprenda, para que yo pueda percibir lo que le pasa “en la cabeza” e incluso para que yo guarde un recuerdo suyo y yo siempre les pedía más, más dibujos, más pinceladas de detalles. Algunas veces las personas se sorprendían con sus propios dibujos y se quedaban un tiempo observándolos con aire de devoción por la belleza de los colores preguntándome a mí y a los demás si era bonita su obra. Éste no formaba parte de los objetivos del trabajo, pero también ha

podido funcionar como un bálsamo reestructurador de autoestima dilacerada, hecho tan común en estos espacios de tratamiento psiquiátrico.

Las imágenes producidas durante este trabajo presentan vivencias de aislamiento, abandono, dolor, desestructuración de la personalidad, miedo, amenazas... pero también proponen un archipiélago de *«fuerzas auto curativas de la psique»* (Melo, 2001:19).

Desde que enfermó, los delirios de Diamante (BR) le traen la sensación de que hay siempre arsenales proyectados contra él, que van a pasar navíos el puerto para buscarle o un cohete vendrá a buscarle para llevarlo al espacio inter-galáctico, que los edificios de las calles amenazan con desmoronarse sobre su cabeza y, a veces, estos escenarios le aparecen combinados, al mismo tiempo, de manera que no conseguimos identificarlos en los dibujos de sus imágenes delirantes. Despacio, con la suavidad con la que pasan las nubes, los objetos de sus dibujos van ganando encuadramiento y van apareciendo de uno en uno como si quisiera *«recógelos y retirarlos del flujo perturbador de sensaciones e imágenes»* (Silveira, 1981:44).

Poco a poco, mientras seguimos la secuencia de las producciones de imágenes, es posible percibir su desdoblamiento, el desdoblamiento de las proyecciones, de los procesos inconscientes presentes en los delirios y este desdoblamiento, muchas veces puede estar anunciando un proceso de posible reordenación del caos interior. Así, con las imágenes en las manos, intentamos proponerles transformaciones objetivas en sus vidas a través de cambios de actitudes, pues, como nos recuerda Jung (1994:215): *«el hombre se vuelve efectivamente lo que hace en la realidad»*, es decir, que se construye a partir de sus propias actitudes.



*Figuras 20, 21, 22 y 23: La reordenación del caos interior*

De esta manera, es de extrema importancia el acompañamiento constante de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, ofreciéndoles otra alternativa de comunicación más allá de las palabras y medicamentos y, en nuestro caso, a través de la Arteterapia o Terapia del Arte, donde se posibilita la expresión de los contenidos inconscientes, donde es posible conectar) contenidos almacenados, desestructurados y, al mismo tiempo, capaces de desestructurar.

Fácilmente percibimos las emociones expuestas en el trabajo, especialmente en los trabajos de aquellas personas que no cuentan con gran fluencia verbal – lo que nos ha traído dificultades a la hora de atribuir títulos para las imágenes. Pero ha sido importante para todos sentir que su manera de ser era acogida al 100% y que en ese momento, la atribución del diagnóstico de esquizofrenia se convertía en una posibilidad, en la posibilidad de participar de este grupo terapéutico. Percibimos el crecimiento de muchos participantes durante los encuentros, el crecimiento que se daba de un estado de oscuridad e indefinición a otro estado ya de símbolos definidos con una diversidad de colores y sentidos. Este desarrollo emocional estaba inspirado en un proceso de autoconocimiento propuesto por el contacto constante con el arte, sin preocuparse con el cumplimiento estético de formas y colores racionalmente impuestos como correctos, pero con la obediencia de expresar colores que estén pintando su propia alma.

Nise da Silveira (1989: 10-11), psiquiatra brasileña, infelizmente ya fallecida, al estudiar la obra del poeta y teatrólogo Antonin Artaud, que estuvo varias veces ingresado en hospitales psiquiátricos, dijo: *«Creo que antes de Artaud nadie consiguió, por medio de la palabra, expresar con tanta fuerza las dilacerantes vivencias. Con la imagen sí, que es la forma directa de expresión de los procesos inconscientes profundos, muchos lo hicieron y lo hacen todos los días, utilizando lápices y pinceles. No con la palabra. Pues el lenguaje verbal es, por excelencia, el instrumento del pensamiento lógico, de las elaboraciones de raciocinio. Y las experiencias a las que Artaud les da forma a través de la palabra, están a mil leguas de la esfera racional»*.

Observando los momentos de expresión plástica de los diferentes grupos en los tres países, a veces se dan silencios interrumpidos por frases que, a primera vista pueden parecer completamente desconectadas del contexto del grupo, del contexto del dibujo, pero que se recogen y las entendemos como posibles claves hacia el camino del inconsciente. Imágenes y palabras juntas pueden representar un rico camino de encuentro a contenidos guardados que, sólo de manera distraída, envueltos en imágenes, pueden verse. *«El inconsciente es como un océano. A veces pescamos una imagen»* (Silveira, 1993:21).



*Figuras 24, 25 y 26: Imágenes de personas dibujando sus delirios en el Sanatorio Recife.*

Especialmente para una persona que tiene episodios delirantes, donde son muchas las imágenes que invaden su consciencia, cuando el flujo de imágenes descubre una ruta de libertad a través de los dibujos, las imágenes que antes compartían espacio en el inconsciente son proyectadas hacia la consciencia como la corriente de un río descende hacia el mar, sin descanso. Y, evaluados en serie, imagen a imagen de cada persona, nos posibilita percibir diferentes tentativas de reordenación de este flujo, diferentes tentativas de *«impulso para emerger de la oscuridad original hasta alcanzar la experiencia esencial de la toma de consciencia»* (Silveira, 1981:345).



*Figuras 27 y 28: Personas dibujando en el Hospital de Trindade – Cabo Verde*

En algunas personas enfermas, los temas de su imaginario ya están muy estereotipados y a través de su discurso, podemos percibir qué predomina en su mente, especialmente cuando tiene con ideas fijas de persecución y de orden místico-religiosas. Sus imágenes casi pueden esperarse y representan más señales que símbolos, o sea, lo que está dibujado significa lo que está dibujado y nada más, nada más allá de los colores. *«La persona enferma es una desadaptada, yo diría incluso que es casi una ‘adelantada’ en relación al medio y la acción en la cual está inserida: su modo de reequilibrio en relación al medio no es aquello que es aceptado por el propio medio»* (Durand, 2000:102).

## 6.6. Los colores de la naturaleza humana

*«Todo lo que se mueve es sagrado».*

Djavan, cantante de Brasil

Un día dijo Paul Klee (1959:223): *«No ría, lector, los niños también tienen capacidad artística y hay ventajas al contar con ella. Fenómeno paralelo se ve en la labor artística de los enfermos mentales. Ni el comportamiento del niño ni la locura son expresiones insultantes como comúnmente lo son. Los niños y los locos deben ser tomados en serio en el arte, más en serio que todo el público de las galerías cuando se trata de reformar el arte actual. No dejaremos de quejarnos hasta que la justicia ciega e intolerante venga a corregir la injusticia y el prejuicio que las obras de arte que se produce en los asilos han sufrido durante mucho tiempo».*

Tanto los niños como las personas enfermas mentales, disfrutaban de un contacto directo con la verdad que nosotros ya no tenemos. Las convenciones nos han robado esta transparencia entre lo que pensamos y cómo actuamos y estos dos grupos de personas las mantienen de manera única. Y habiendo trabajado con estos dos grupos, he desaprendido mucho sobre la vida, desaprendido de mejor manera

que se pueda entender esta palabra, pues como dice un poeta de Brasil, Manuel de Barros: «desaprender ocho horas por día enseña los principios», y ésto es verdad más pura.

Estamos siempre aprendiendo las normas, lo que los grupos definen como el comportamiento esperado; estamos siempre asignándonos con rótulos que no corresponden a lo que realmente somos, pero que los necesitamos para formar parte de determinados grupos. Y las personas con enfermedades mentales llevan en sí mismas sus propios rótulos, sus propias etiquetas, sus propias verdades, aunque todo esto se manifieste a través de su enfermedad.

Y, en este sentido, el arte se presenta como un excelente cómplice de trabajo en la comprensión de los sentimientos, de las emociones encerradas en estas personas. El arte les abre las puertas y les invita a salir, a invocar su dolor y lo que le hace daño y propone una especie de riña entre la salud y la enfermedad, dando fuerzas a la salud en la medida que la persona dibuja y atribuye color a sus emociones, a veces desconocidas, y empieza a aprender a lidiar con ellas.



*Figura 29: Una persona dibujando uno de su delirio*

Desde el Siglo XIX encontramos relatos de las primeras relaciones entre arte, psiquiatría y psicología. Al principio, los médicos utilizaban el arte para auxiliar en sus diagnósticos, en búsqueda de identificar las distintas manifestaciones de enfermedades mentales a partir de los dibujos de las personas enfermas.

Durante el Siglo XX, el arte de las personas con enfermedades mentales fue comparado con el arte de los niños, sobre todo cuando las personas enfermas demostraban regresiones gráficas, presentando, especialmente figuras humanas como los dibujos de los niños de corta edad. Este proceso de regresión apuntaba a las características de la esquizofrenia.



*Figura 30: Jazmín BR (“Mi doctora”).*

Muchas veces es ésto lo que ocurre: las personas empiezan a ver en sus delirios imágenes raras de monstruos, de personajes que les aparecen para traer la idea del miedo, para perseguirlas. Ocurre, porque hay contenidos guardados que emanan el miedo, pero están inconscientes y hasta que se encuentren, hasta que se trabaje psicoterapéuticamente con ellos, continuarán metiendo miedo. Por eso es tan importante la presencia del Psicólogo en instituciones de tratamiento psiquiátrico, para trabajar con la palabra y más que con la palabra, con la comunicación, con la expresión, porque en estos espacios, la palabra no siempre es un instrumento de acceso, por ejemplo con personas que están catatónicas. Entonces, el arte, trae una posibilidad más amplia de trabajo, de acceso a estas almas en sufrimiento, donde solamente con la palabra nos quedaríamos en la mitad del camino.

No es raro que personas que viven sus primeros episodios de crisis, guarden cierta lucidez acerca de su vida, de las dificultades que la enfermedad le

impone, pero que incluso en los momentos de lucidez, el delirio invade su mente e impone ideas sin fundamento, que son improbables, pero que para la persona, están llenas de sentido. Y las ideas persecutorias son clásicas en personas con esquizofrenia, infelizmente, pues también provocan muchos intentos de suicidio.

Un elemento que intentamos no dejar morir en las personas es la esperanza, pues si la pierden, ningún tratamiento tendrá sentido. Es preciso creer y creer que la mejora es un hecho posible. Se ha cambiado mucho en relación a la presencia de la esperanza en la mente de las personas a partir de que se abrieran las puertas de los manicomios para el tratamiento en hospitales de día. Antes, con el abandono de la familia, la pérdida de la esperanza, de la voluntad de vivir era inmensamente mayor y mucho más difícil de revertir la situación de crisis. Ahora se trabaja para que se mantenga, para que no la pierdan, y así es menos complicado que intentar restituir la esperanza perdida. Se busca trabajar con los sueños, se hacen planes para el futuro, se piensa en trabajar teniendo una profesión y constituir una familia. Así, los lazos con la vida se fortalecen, sus vinculaciones, el mantenimiento de las relaciones se da de manera más rica y con las actividades diarias del hogar se mantiene la vinculación con el espacio físico de la casa, muy importante para la seguridad, sobre todo para las personas que tienen delirios de persecuciones y a veces consiguen encontrar en su casa una posible pequeño espacio seguro.

Tampoco es raro que las personas aprovechen este momento de contacto con el arte para sacar la energía contenida por las normas de sociabilidad. Entonces, en muchas ocasiones, la persona tiene una voluntad llena de afectividad, llena de sentimientos en búsqueda de un lugar donde pueda descargarla y el papel delante de sus ojos le parece el mejor sitio. Y sus intentos de diseñar formas y pintarlas acaban sumergido por trazos muy fuertes que componen todo el espacio del papel. Y sus deseos de desbordar se hacen tan intensos que consiguen superar sus deseos de dar forma a sus sentimientos porque la forma de sus sentimientos, en este momento, es esta, de una energía que inunda su alma. Y dentro de estas líneas fuertes caben las indagaciones y las indignaciones de una persona que, de tamaña lucidez, no consigue

encontrar una justificación para su enfermedad, cuestionando hasta la ciencia y sus posibilidades de encontrar respuestas y soluciones.

Creo en el tratamiento que une los cuentos y el arte pictórico, pues juntos pueden llevar la persona enferma a un encuentro con el bálsamo de su historia. Con la estimulación del potencial creativo, se generan acciones positivas y el sufrimiento va perdiendo espacio para sobrevivir, porque la vida gana otro color, otro sentido día tras día, hasta que otra fuente de sufrimiento sea descubierta para ser tratada y así, continuamente.

En la medicina hindú, los cuentos de hadas se relatan a las personas para aliviar sus dolores y ayudarlas en la superación de sus disturbios psicológicos, haciendo que, al escuchar un cuento, las personas puedan sentirse bien y sentirse bien es para ellos el más sublime sentido de la vida.

De esta manera, el trabajo nos muestra cómo los cuentos en asociación con el arte plástica funcionan como un puente hacia el mundo interno, activando los puntos de salud, los puntos saludables del individuo. Bajo la metáfora de los personajes y de las imágenes, los contenidos aparentes se trabajan terapéuticamente buscando expresar todo el sentimiento que tienen y así hacer que la persona se sienta más leve, más límpida y que sea más claro y posible el contacto con ella misma.

Pues lo que hace la Arteterapia o Terapia del Arte es considerar factores sociales y culturales como parte del individuo y, consecuentemente de su enfermedad. De esta manera, no intenta aniquilar los síntomas, sino conducir al individuo por un camino de producción de imágenes que pueda ofrecerle el reencuentro con su propio equilibrio, volviéndose agente activo también de su curación.

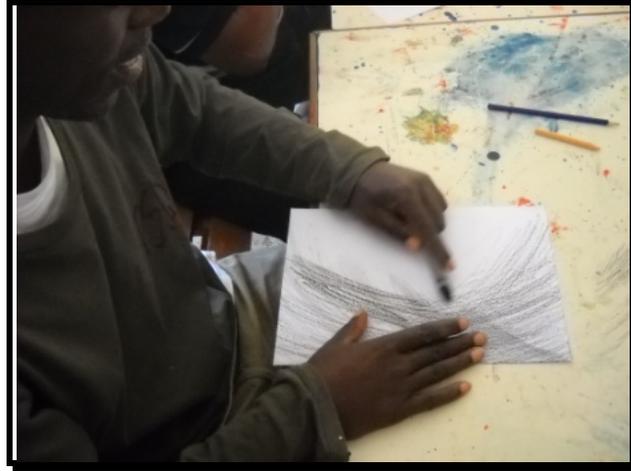
A través del trabajo expresivo con los recursos artísticos, el sujeto puede construir un puente de pensamiento entre sus mundos interno y externo, buscando representar este mundo interno a través de las imágenes, donde sentimientos, miedos, preocupaciones, angustias pueden ser representados en búsqueda de una comprensión racional.

Más allá de la comunicación de subjetividades, el trabajo con Arteterapia también puede funcionar como una catarsis para el sujeto. Hanes (2000) afirma que el proceso artístico trae en sí una habilidad propia de invocar respuestas emocionales en lugar de respuestas intelectuales, fortaleciendo el rol del arte como instrumento expresivo y terapéutico. Para este autor, el componente catártico puede ser observado a través de la presión utilizada, de la expresión del tono, de la utilización predominante de determinados colores y formas definidas o no, elementos que pueden ser indicadores de una expresión de descarga.



*Figura 31: "El sueño de la noche", de Diamante (BR)*

Entre las expresiones pictóricas, podemos percibir la fuerza con que se dan las pinceladas, en un movimiento continuo, de descarga de energía acumulada, reafirmando la función liberadora del arte, la que tiene acceso a los contenidos más profundos y guardados, la que confirma la capacidad humana universal de simbolización y catarsis.



*Figura 32: "Pesadilla", de Cuarzo(CV)*

Cuando hablamos de los colores de la naturaleza humana, no podemos hablar de colores determinados, de formas específicas, de líneas componiendo figuras. Cuando hablamos de los colores de la naturaleza humana, es necesario hablar con el respeto y la comprensión que son necesarias para mirar al ser humano sin prejuicios de su singularidad, por el contrario, entendiendo su singularidad como la fuente de su riqueza, de nuestra riqueza cómo raza humana.

## 7. «*La locura es un misterio*»<sup>14</sup>: Las imágenes delirantes que cuentan historias reales

### 7.1. Intersección de Imágenes: un encuentro de colores y símbolos

La primera mitad del siglo veinte originó los movimientos de arte llamados cubismo y el dadaísmo, siendo este último un movimiento que se alejaba de las formas pasadas de arte, permitiendo a los artistas, una nueva contextualización de formas, técnicas y objetos de arte. Pablo Picasso y Marcel Duchamp son ejemplos dadaístas que han abandonado la técnica de pintura para redimensionar su arte a partir de la inspiración en artefactos de sociedades antiguas, dibujos de niños no escolarizados y publicidades. Así ha surgido la llamada “*Outsider Art*” o “*Art Brut*”, una especie de movimiento de rechazo de los valores señalados en el arte modernista, una especie de desafío de valores culturales en el medio del arte.

Jean Dubuffet (1987:36) define el *Art Brut* como «*obras creadas a partir de la soledad, de puros y auténticos impulsos creativos que no están interferidos por las preocupaciones de aclamación, concurrencia y promoción social y, por eso, son mucho más bellas que las producciones de profesionales. En relación a estas obras, no podemos evitar la sensación de que el arte cultural, en su totalidad parece ser un juego de una sociedad fútil, un desfile falacioso*»

El *Art Brut* sería entonces el fin de la asfixia de una expresión genuina de arte, sería una expresión despreocupada respecto a los patrones de las influencias culturales, donde sus autores no estaban predispuestos a las absorciones y asimilaciones de una cultura materialista y mercantilista. Un movimiento de arte fuera de las fronteras culturales oficiales, donde cualquier espacio podría ser considerado espacio de arte, así como cualquier persona podría ser considerada

---

<sup>14</sup> (Bastide, 1977:237).

artista a partir de la expresión de sus trazos, de la elección de sus colores, de la presentación de su subjetividad a partir de las imágenes.

Cuando trabajamos con imágenes, trabajamos con símbolos, es decir, con la subjetividad que está impresa entre líneas y estos símbolos de tan humanos que son, se repiten en diferentes tiempos, en los trazos de diferentes pueblos, con diferentes materiales, a veces para representar el mismo objeto, otras veces con representaciones también diversas. *«Una palabra o una imagen es simbólica cuando representa algo más que su significado inmediato y obvio. Tiene un aspecto ‘inconsciente’ más amplio que nunca está definido con precisión o completamente explicado»* (Jung, 1995:20).

La palabra «símbolo» tiene su origen en el griego ‘*symbolon*’, que quiere decir una señal de reconocimiento. En la Grecia Antigua, cuando dos amigos o familiares tenían que alejarse, rompían una moneda o un anillo, o un plato de argila o una concha de madreperla y cada uno llevaba su mitad, debiendo presentarla cuando regresara. En ese momento, si las dos mitades casaran, el retornado comprobaba su identidad de amigo, que implicaba tener derecho a la hospitalidad (Durand, 2000).

Para la comprensión de los códigos simbólicos, nos apoyamos en el Dicionário de Símbolos (Chevalier & Gheerbrant, 2000), que nos presenta información de carácter cultural y psicológico de diversos símbolos existentes. Es importante subrayar que no se ha utilizado de forma reduccionista, sino apenas para tener una idea de lo que podría expresar el símbolo. Sin embargo, lo más importante, ha sido el código subjetivo de cada persona dibujante, su estilo personal, sus explicaciones sobre sus obras y delirios correspondientes y el título atribuido a cada una de ellas.

Mientras algo se dice entre líneas en el dibujo, el dibujo podrá estar simbolizando aquello ‘non dicho’ claramente. Para ser un símbolo, la figura necesita ‘no decir todo’, pero demostrar el camino de subjetividad que está implícito en sus trazos. En el dibujo de abajo, presentamos la imagen de Lavanda BR, haciendo alusión a sus hijos, que la ingresaron en el hospital psiquiátrico hace casi media década y no tiene más noticias de ellos, así como el árbol, que dio sus frutos y los ha

perdido. El árbol se queda en el mismo lugar, pero los frutos han seguido su destino, explica.



*Figura 33: “Los hijos que se van”, de Lavanda BR*

Los fenómenos psicológicos son símbolos, pues enuncian o significan algo diferente de lo que vemos o escuchamos, algo más allá de nuestro conocimiento actual. El símbolo no es nada más que una consciencia buscando otros sentidos y, a medida que una persona con esquizofrenia consigue simbolizar un imagen aproximada del sentimiento real, es la señal del acercamiento de una posible reestructuración, de un yo más definido e integrado, nombrando el trabajo a partir de las figuras que aparecen en él. Aquí, reconocemos los símbolos como algo siempre lleno de significados, como metáforas de la historia de vida de estas personas en un determinado momento, como demostraciones concretas de manifestaciones inconscientes.

*«Quienquiera que niegue la existencia del inconsciente, supone, de hecho, que nuestro conocimiento actual de la psique es completo. Y esta creencia es, tan falsa, como la suposición de que sabemos todo lo que hay que saber sobre el universo. Nuestra psique es parte de la naturaleza y su enigma es ilimitado. Por tanto, no podemos definir ni la psique ni la naturaleza. Sólo podemos afirmar qué creemos que son y describir, lo mejor que podamos, cómo funcionan. Por tanto, distanciándonos/dejando a un lado (completamente a parte) de las pruebas acumuladas por la investigación médica, hay firmes bases lógicas para rechazar afirmaciones como: ‘No hay inconsciente’. Quienes dicen tales cosas no*

*hacen más que expresar un anticuado 'misonéismo': miedo a lo nuevo y lo desconocido» (Jung, 1995:23).*

Los delirios están plenos de imágenes simbólicas. Son un medio por el cual se expresa el inconsciente. Así como en los sueños que, del mismo modo, son simbólicos. Hay manifestaciones, incluso somáticas, que funcionan como metáforas del desorden psíquico. Un ejemplo clásico es cuando una persona se queja de que no consigue tragar y siempre, en ese momento, le da un espasmo. La medicina no encuentra explicación física para este malestar y solicita una consulta con el Psicólogo que no tarda en investigar, junto con la persona, las situaciones 'difíciles de digerir' por las que está pasando, hasta llegar, a través de metáforas, a la raíz de la cuestión, creyendo que *«la imaginación simbólica es un factor de equilibrio psicosocial»* (Durand, 2000:100).

Esto ocurre del mismo modo con los delirios, cuando, por ejemplo, Diamante (BR) describía la imagen de los edificios que le sepultaban por la calle como una metáfora de la vida sepultada por la enfermedad mental, que le impedía seguir su camino. Hablar sobre esta imagen es una forma de disminuir su tensión psíquica.



*Figura 34: El delirio como metáfora de la destrucción*

Otro ejemplo es el relato de Jazmín (BR) que refería en delirio unas ‘cosas’ rojas y verdes, semejantes a flores en el aire, que se multiplicaban rápidamente, le seguían hasta casa y la querían ahogar para hacerse con su voz pues las personas la envidaban y querían venderla, no la dejaban en paz en ningún momento y muchas veces tendría que esconderse de ellas con miedo de comérselas. De hecho, se quejaba de que cuando iba a casa, su hermana la seguía por todos lados, no la dejaba hacer nada sola, ni tampoco mirar la tele, «como si yo fuera una demente», decía.



*Figura 35: El delirio como metáfora del asma psíquico*

Para el análisis de las imágenes no importó la imagen sola, aislada, sino la imagen y el sentido que su autor le añadió, el sentido que le atribuyó a las figuras que a nuestros ojos pueden parecer, por ejemplo, una flor y para la persona, simbolizar otro ser, vivo o no, con el fin de dejar libre el desarrollo de potenciales subjetivos y no valorar la estética por la estética simplemente. A la estética no le concedimos valor para no estancar el flujo creativo de los que poco o ningún contacto habían tenido antes de nuestros encuentros con el arte, por tanto todos eran considerados dueños del sentido de sus producciones. Y para un mayor

acercamiento a este sentido, les fueron atribuidos títulos a cada imagen por sus propios autores.

«*La base de datos a partir de la cual conducimos la exploración cuantitativa y cualitativa del universo simbólico está constituida de observaciones clínicas. En este aspecto, es probablemente única*» (Romey, 2005). Presentaremos a partir de ahora nuestra base de datos de imágenes e ideas de delirios de personas con esquizofrenia que nos han prestado sus pinturas y narraciones personalmente delirantes ‘en nombre de la ciencia’.

Elegimos ‘catalogar’ los dibujos por sus imágenes predominantes, sea predominante en el papel o predominio de la palabra al describir el delirio con que estaba relacionada. Algunas de estas personas relatan delirios pasados, que un día creyeron que era la verdad única y absoluta de sus vidas, pero hoy ya saben que se trataba de ideas erradas de la realidad que forman parte de su enfermedad. Esto no les impide volver a delirar. Darse cuenta de que delira también forma parte de todo este proceso esquizofrénico y dependerá del grado de compromiso intelectual por la que cada persona pasa.

Optamos por presentar la imagen seguida de la explicación que tiene, la propia narración de la idea delirante y una posible clasificación del delirio correspondiente. El nombre de las personas sigue el patrón de nombre de flor para las mujeres y nombre de piedra preciosa para los hombres, seguido de la sigla de su país y del título atribuido a la imagen.

Como encontramos temas semejantes, hemos elegido los que nos han parecido más significativos para presentarlos en este estudio, teniendo en cuenta la vasta amplitud de la muestra de imágenes, pero también, muchas imágenes repetidas, de manera que consideramos que la muestra escogida es representativa:

**Tema predominante: El sol**

**Delirio predominante: Místico-religioso**

Para Jung (1995:22), «*en muchas sociedades, las representaciones del sol expresan la indefinible experiencia religiosa del hombre*». Así también hemos percibido en las narraciones de estos delirios, una estrecha vinculación del sol con la religiosidad. De

la misma manera, encontramos en Chevalier y Gheerbrant (2000) la explicación que el sol «*es considerado fecundador, pero también puede quemar y matar*» (pp.836), trayendo así, las representaciones de vida y muerte en una misma imagen. Y aún los mismos autores nos informan que el sol es «*el símbolo del pasaje de la vida a la muerte y de la muerte a la vida*» (pp. 861). Perfecta combinación con lo que nos han presentado estas personas, un trayecto entre las posibilidades de vida y muerte en sus ideas delirantes, convirtiéndose en espíritu como una posible creencia en la inmortalidad.



*«Estoy sin sangre. Todos los días me quedo con un poco menos de sangre y poco a poco me voy a morir. Nadie me cuida porque saben que tengo el cáncer de AIDS y cualquier día me voy a morir. Quería tener un hijo, pero ya no tengo más tiempo, mis células están contaminadas de sangre, tengo sangre por todo el cuerpo. Sólo Dios puede tener piedad de mí.»*

Figura 36: Coralina, BR, “Sol de sangre” - Delirio hipocondriaco



*«Ayer la Biblia estaba hablándome. Yo le preguntaba y ella me respondía al oído. Decía que me quedase bien y contenta porque usted es la Virgen María con este pelo largo y usted es la bendita y cuidará de mí para que no sufra un aborto.»*

Figura 37: Violeta, BR, “Sol en mi casa” - Delirio místico-religioso



*« Yo soy el Espíritu Santo que bajó del cielo. Lo sé por muchas cosas. Cuando soy persona, como pescado y cuando soy espíritu no como nada y puedo volar por los aires donde quiera y hacer hijos en las mujeres que andan descalzadas.»*

Figura 38: Jade, CV, “Casa con sol” - Delirio místico-religioso/Delirio de Grandiosidad



*«Tu eres la Virgen María y tocas a las personas y ellas ya no se van a morir. Me has tocado y ahora soy inmortal. Las venas son el camino de la sangre y mis venas están secas, mi piel está seca, necesito que me des tu sangre y el sol va iluminar tu vida porque me has hecho inmortal cómo tu».*

Figura 39: Ágata, CV, “Camino de luz” - Delirio de Negación/Delirio Místico-Religioso

**Tema predominante: Temas religiosos**

**Delirio predominante: Místico-religioso**

En su obra “*Sociología de las enfermedades mentales*”, Bastide (1977) atribuye una cierta autonomía de la enfermedad mental en relación a la religión, donde una puede influenciar y al mismo tiempo ser influenciada por la otra, de manera que la enfermedad mental puede transformar la religión en una construcción patológica para la persona enferma de acuerdo con sus lecturas y representaciones sobre su creencia y la práctica de su religiosidad.

Para Laplantine (s/d:3), *«la cruz significa Cristo. Ella no le sustituye, pero es una parte de él, es decir, es el Cristo que se significa en la cruz y no al contrario. [...] La imagen de la*

*divinidad o sus ornamentos y reliquias son interpretados como la presencia de esta divinidad en la convivencia con los hombres».*

Este es un tema muy recurrente, se encuentra fácilmente entre los delirios de personas de los tres países y sus narraciones también siguen un trayecto semejante. Aparece la figura del diablo/demonio como una manifestación de poder mayor que el poder de Dios, un intento de ensanchar los límites, tal vez de los límites sociales impuestos por la enfermedad.



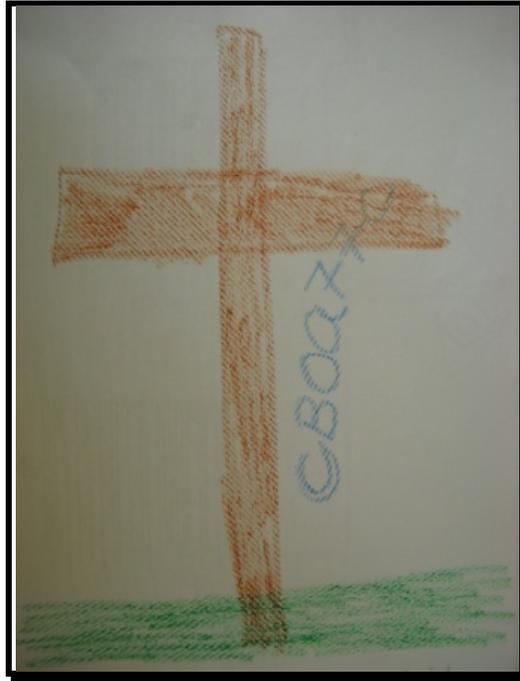
*«Hago hijos de paja de maíz con las chicas y hacemos de diez a veinte por noche. Tengo un pacto con el Demonio para cogerlas y después enviárselas. Él habla en mi oído, él manda y yo hago, es la ley.»*

Figura 40: Esmeralda, BR, “El demonio pegador” - Delirio de Influencia/Delirio místico-religioso



«*Quien quiera que piense que es Jesús quien manda en el cielo... no es, es el Diablo. Hace días que veo el Diablo mirando a Jesús en la cruz, fumando y echándole el humo y Jesús no le hace nada. Si fuera poderoso, mandaría cogerle, pero no le hace nada. Si fuese yo quien hiciese eso, me prendía en la cruz como él, pero los otros tienen más suerte. Es siempre así.*»

Rubí, BR, “Doctor Diablo” - Delirio místico-religioso / Delirio Melancólico



«*Yo soy Amílcar Cabral<sup>15</sup>. Soy de la lucha armada de la fuerza de los muertos. Necesito ir al notario para hacer mis documentos y el pasaporte para a Guiné. Yo mando en todo lo país, más que el Presidente y Ministros y todos los demás. Fui condecorado en vida por el honor a mi la patria. Nadie será igual a mí ni en Cabo Verde ni en Portugal ni en el mundo. Puedo decidir matar a los terroristas con una bomba y los mato a todos sin decir nada.*»

Figura 41: Amatista, CV, “Cruz del Papa” - Delirio de Grandiosidad

<sup>15</sup> Amílcar Cabral fue el protagonista de la independencia de Cabo Verde, en 1975. Es considerado un mártir de la nación caboverdiana.



*«Oigo voces que me llaman Zombi y un día me invitaron a beber en la esquina del cementerio. Dos almas salieron de dentro llamando mi madre. Ella no vino y por eso me transformaron en un dedo de sangre gravemente enfermo. He pintado aquí con mi sangre. Puedo morir en cualquier momento, pero puedo aguantar algún tiempo más si usted quiere charlar conmigo, después moriré.»*

Figura 42: Ámbar, BR, “Cruz de las Almas” - Delirio Melancólico



*«Este soy yo, yo soy Jesús, el mesías y éstos son mis seguidores. Tengo muchos seguidores. La Biblia es mi palabra, la palabra de la Biblia. Ella no miente, sólo dice la verdad que yo le mando decir. Soy un rey y nadie me engaña.»*

Figura 43: Topacio, CV, “Jesús y los Apóstolos” - Delirio místico religioso/  
delirio de grandiosidad



*«Yo purifico las personas. Si usted tiene algún pecado, es suficiente con que me diga lo que le pasa y te daré la purificación. Soy más que el Papa. Ayer Jesús ha cenado conmigo, hemos bebido vino y agua y comemos pescado.»*

Figura 44: Citrina, CV, “Espirito Santo” - Delirio de Influencia e Delirio místico-  
religioso

**Tema predominante: El árbol**

**Delirio predominante: Persecución e Influencia**

En estas imágenes encontramos la presencia central del árbol, y del árbol con frutos, donde la plantación es *«universalmente considerada como un acto sagrado y, sobre todo, como un acto de fecundación de la tierra»* (Chevalier e Gheerbrant, 2000:37). El árbol también es considerado como representante de las relaciones entre el cielo y la tierra, por el hecho de que sus raíces están sumergidas en el suelo y sus ramas hacia

el cielo. «*Su forma vertical hace que tenga sentido de centro y sea considerado como Eje del Mundo*» (Ídem, pp.44).

En nuestra muestra, hemos encontrado la figura del árbol (o de la flor) relacionada a la fecundidad, aunque hemos encontrado más referencias al árbol como eje de persecuciones, donde se esconden peligros y emboscadas, es más predominante que propiamente el eje del mundo. Pero también podemos pensar que siendo una verdad absoluta para quien delira, su mundo se convierte en las preocupaciones contenidas en las ideas delirantes, de manera que el peligro que las amenazas les hace sentir, puede convertirse en el centro de su vida en aquel momento, en el eje de su mundo cotidiano.



*«Los muertos me llamaban, pero solamente los muertos recientes, y se quedaban escondidos detrás de los árboles. Ellos me decían para no irme por aquél camino e yo tenía que ir por otro más lejano solamente con la punta de los pies en el suelo.»*

Figura 45: Ópalo, CV, “Árboles de mi isla” - Delirio de Influencia



*«La mujer tiene que comer flor para tener hijos machos. Tengo una hija hembra, no he comido flor. Por eso a ella no le gusto, no viene a verme aquí, nadie viene. Están siempre diciendo cosas malas de mí.»*

Figura 46: Caléndula, CV, “La flor” - Delirio de referencia



*«Por detrás de los árboles, disfrazado de niño, el hombre me mira sonriente (a sonreír). Hay otros niños jugando al corro y él tiene un saco. No sé, pero creo que me quiere pegar. A veces lo sé, otras veces tengo dudas.»*

Figura 47: Camelia, BR, “Hombre peligroso” - Delirio de persecución



*«Hay terroristas queriendo invadir mi casa y aún no han hecho nada porque hay un muñeco como yo y piensan que soy yo. Pero quieren pegarme clandestinamente, se esconden por detrás de una higuera que tengo al lado de casa. Amenazan matarme con bombas aquí. Necesito el alta para ir a cuidar de mi casa antes de que sea tarde.»*

Figura 48: Rosa, PT, “Peligro en mi casa” - Delirio de Persecución



*«Con mis auriculares puedo oír y hablar con cualquier radio del mundo en cualquier momento. Y si pongo los auriculares cerca de tu cabeza, escucho tus pensamientos y todo lo que digas o no. Ahora tengo el poder de hablar para todas las radios del mundo. Quiero oír pensamientos y plantar árboles para fumar, tener hijos clonados y ser feliz.»*

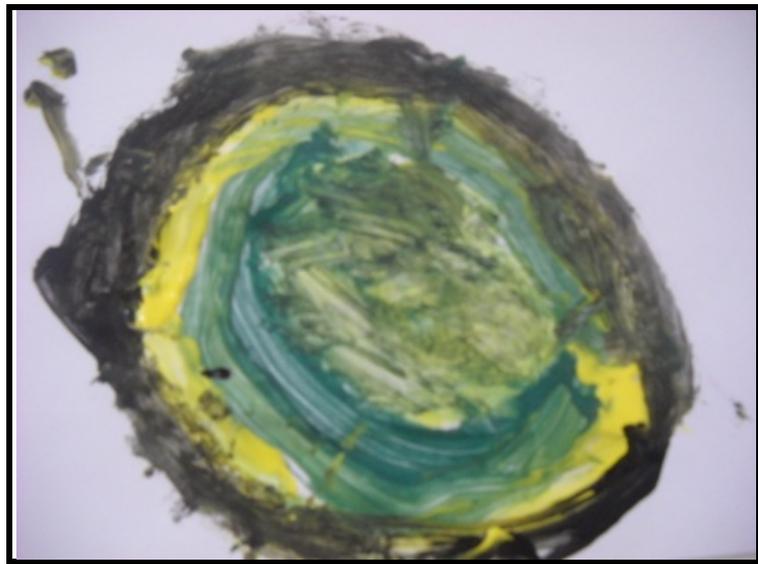
Figura 49: Ágata, CV, “El árbol” - Delirio de influencia

**Tema predominante: Las espirales**

**Delirio predominante: Melancólico**

Cómo nos informan Chevalier e Gheerbrant (2000:37), las espirales simbolizan *«la medida de un proceso cíclico completo»*.

En nuestros dos relatos, tenemos la presencia de la idea de gestación y al mismo tiempo, el miedo inherente a esta idea. Emocionalmente, el simbolismo de la gestación también entraña la expresión de una necesidad de ternura y protección, lo que parece más conveniente en las dos manifestaciones presentadas, donde es inexplicable la idea de fecundidad, como puede resultarnos (estar siendo) irreconocible la necesidad de afecto y amparo.



*«Los óvulos fecundan el espermatozoide. Yo sé cómo se fecunda una mujer. Podría ayudar muchas mujeres embarazadas y no las ayudo porque tengo miedo de quedarme embarazada en laboratorio. Las manos de los médicos contienen óvulos, tengo que comer siempre arroz.»*

Figura 50: Azucena, BR, “La fecundación del espermatozoide” - Delirio Melancólico



*«Estoy embarazada sin haber tenido relaciones sexuales. Estoy embarazada, siento mi hijo moverse en mi vientre, pero si estoy embarazada, tengo que pagar por eso. Yo he comido un mango y tragué la semilla, por eso me quedé embarazada. Creo que estoy engañandome a mí misma con la historia de que el gato amarillo sea el padre. Hoy él ya no está más aquí.»*

Figura 51: Dalia, CV, “Estoy embarazada” - Delirio melancólico

**Tema predominante: Los barcos/el mar**

**Delirio predominante: Místico-religioso e Referencia**

El mar representa un importante símbolo de la dinámica de la vida, de cambios, de renovaciones, de transformaciones. Y el barco funciona como el vehículo que conduce a estos cambios, a estas renovaciones, a estas transformaciones, para llegar, incluso, al apocalipsis: el fin y el principio de todo. Expresa una necesidad de movimiento, de salir del lugar donde se está, un cambio en la dinámica de la vida, el encuentro con la libertad tomada por la dependencia de las medicinas, del tratamiento, de los ingresos. La imagen del barco configura una tentativa de reintegración del yo en la vida inundada por las olas de la enfermedad. Y configura también un sentimiento de esperanza, la creencia en días mejores a pesar de tanto dolor.



*«El barco lleva las personas para el apocalipsis. Es día por fuera y noche por dentro del barco para nadie mirar a nadie. Yo organizo las colas de hombres y mujeres que serán salvados, pero tiene un código que sólo yo lo sé. Te voy a decir: el pez rojo. Es un detalle, pocos van a saber.»*

Figura 52: Lavanda, BR, “Barco Negro” - Delirio místico-religioso



*«Dios, Jesús, Josué, todos van a llegar en un barco por el mar. El mar es azul. Ellos nos llevarán a la tierra prometida, a todos los que leen la Biblia. La Biblia es nuestra fuente de Oración y de vida, los otros morirán. El hombre nace del arco-iris y sus ojos están hechos de nubes. Los niños son hijos de pájaros y las mujeres son el pecado de Adán.»*

Figura 53: Topacio, CV, “Barco de Jesús” - Delirio místico-religioso



*«Yo soy el capitán del navío y todos los empleados tienen que obedecerme. Vamos a navegar por todo el mundo y todas las cuevas y yo compraré mucho oro y las piedras preciosas de África, América y Europa. Tengo dinero: dólar, escudos y euros.»*

Figura 54: Cristal, CV, “Soy el poderoso del mar” - Delirio de grandiosidad



*«El mar agitado, barco va y viene. La policía viene en el barco para cogerme. A veces me quieren tirar al mar, pero no sé nadar. La Justicia sólo desfigura mi vida, sólo me pone para atrás. Hay ojos que me miran en peces magnéticos dentro del mar para decirle a policía todo lo que hago.»*

Figura 55: Ópalo, CV, “Barco para mi isla” - Delirio de persecución



*«He descubierto que los barcos pueden nadar en tierra firme también, incluso aquí en Cabo Verde. Lo he descubierto en un sueño. Mis sueños son en laboratorios. Pero ahora veo a otras personas diciendo en la televisión que han creado barcos de tierra, pero he sido yo. La señora tiene que ayudarme a probar mi invención. Vamos al notario a hacer el registro.»*

Figura 56: Turmalina, CV, “Tierra de barco o barco de tierra” - Delirio de grandiosidad



*«Estoy preso, quiero ser libre. Mis manos están pegadas en mi cuerpo y no puedo viajar. Mis latidos cardíacos están fallando. Ya no sé más mi edad y las cabras piensan que soy su padre. No sé si soy o no. No sé nada más, no pienso con mi cabeza, mis pensamientos ya vienen pensados por el controlador de luz.»*

Figura 57: Jade, CV, “Libre como un pájaro” - Delirio de negación/ Delirio de Influencia



*«El barco sigue para rodear el mundo. Después él se sumerge. Yo estaba dentro de él. No quería mirar esta escena. Lo que dicen de mí no es verdad y quiero ser perdonado un día. ¡Basta!»*

Figura 58: Perla, CV, “Pasado” - Delirio de referencia

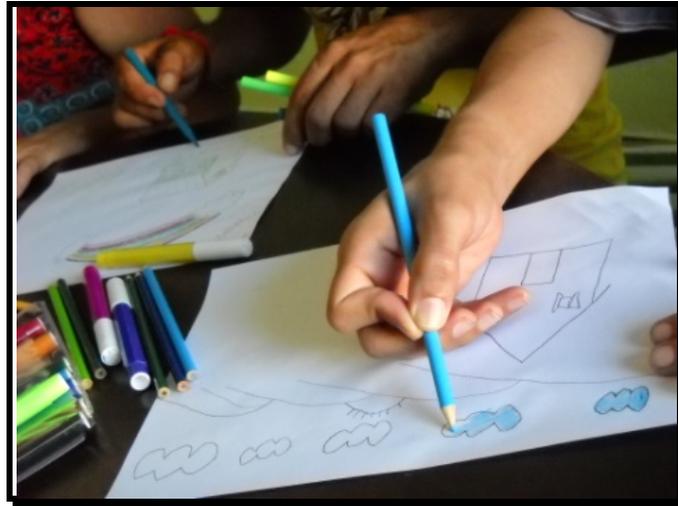
**Tema predominante: La casa**

**Delirio predominante: Persecución**

Para los autores Chevalier e Gheerbrant (2000:197), «la casa simboliza el interior del ser, la esencia de la persona». La figura de la casa no aparecía como una imagen de miedo, de cólera, de persecución, de intranquilidad. En muchos momentos, con la aparición de nuevos síntomas, el miedo de lo desconocido domina a las personas enfermas de esquizofrenia. Darse cuenta de no poder dirigir sus pensamientos, de no poder callar las voces que hablan dentro de su cabeza, de continuar mirando lo que no está allí para nadie más es relatado como *«la peor de las sensaciones, pues es como si otra persona viviera dentro de usted y usted tiene que hacer lo que ella manda, sin poder controlarla»* (Tulipán, CV).

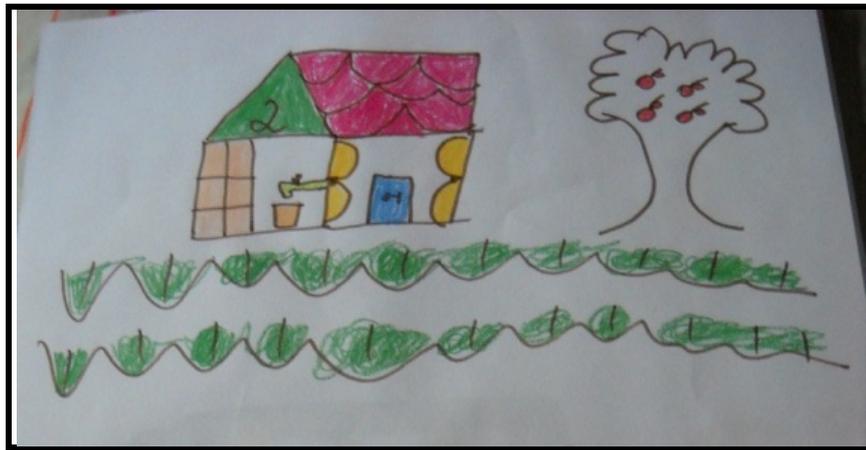
Y la figura de la casa, que a los ojos comunes podría parecer de confort y comodidad, se convierte en el predominio del desasosiego, del desánimo, de la fatiga, de no poder vivir tranquilo, pero siempre alerta a los peligros cercanos,

incluso de los edificios que amenazan huir sobre las cabezas por la calle y el difícil arte del “buen convivir” en comunidad.



*«Está llegando el día de mi muerte, moriré en este cuerpo y volveré en otro. Quiero ser enterrado en mi casa, para despertar todos los días en mi cama. Cuando se anuncie una lluvia con truenos, será el momento de mi muerte y luego volveré, pues he bebido el jugo de la inmortalidad.»*

Figura 59: Esmeralda, BR, “El día de mi muerte” - Delirio de negación



*«Esta es mi casa con mi marido, Jorge, de la novela. Pero él y Miguel son gemelos y no sé quien es Jorge o Miguel y cuál es mi marido. Puedo dormir con uno y que sea el otro. Los dos me gustan y vamos a tener hijos cuando la novela termine.»*

Figura 60: Amarilis, BR, “Mi casa” - Delirio pasional



*«La antena de mi casa recibe todos los pensamientos de las personas que pasan por allí. Entonces, si alguien quiere matarme, yo ya lo sé, pues ya he escuchado su pensamiento antes. Puedo salir de casa o no, depende de lo que escuche en la antena. Parece una antena de televisión, nadie desconfía.»*

Figura 61: Ámbar, BR, “Mi casa” - Delirio de influencia/ Delirio de persecución



*«Tengo una casa maravillosa, con jardín de flores rojas y perfumadas. La he comprado con mucho dinero. Y tengo empleados y motorista para servirme. Cuándo quiero alguna cosa, lo pido y me lo traen. Yo les pago todos los meses, con mucho dinero que tengo en el banco»*

Figura 62: Lavanda, BR, “Mi casa con jardín” - Delirio de grandiosidad



*«Mi casa está en una calle con muchas otras casas y desde las otras casas, ellos consiguen mirar mi casa por dentro. Eso me hace sentirme mal, pues cuidan de mi vida y yo no cuido de las suyas, pues mi madre no deja poner las cámaras de espionaje en nuestra casa. Yo nunca sé nada y ellos saben de todo de mi vida.»*

Figura 63: Azucena, BR, “Calle de casas” - Delirio de persecución



*«Necesito correr, correr, correr, pues los edificios se van a caer, caer, caer sobre nuestras cabezas. Ellos siempre caen sobre mis espaldas. Tengo que huir y correr y correr. Lluve y hace sol y yo no sé donde ir. El coche pita y el gato salta en el tejado.»*

Figura 64: Circón, BR, “Terremotos en Recife” - Delirio de persecución



*«Cuándo yo estaba en la escuela, oía a las chicas hablar mal de mi, mirándome desconfiadas. Decían que era bonita, que era rica, que yo sacaba buenas notas. Y cuando yo faltaba, no hablaban de nadie, sólo de mí, todos los días.»*

Figura 62: Tulipán, CV, “La envidia” - Delirio de referencia



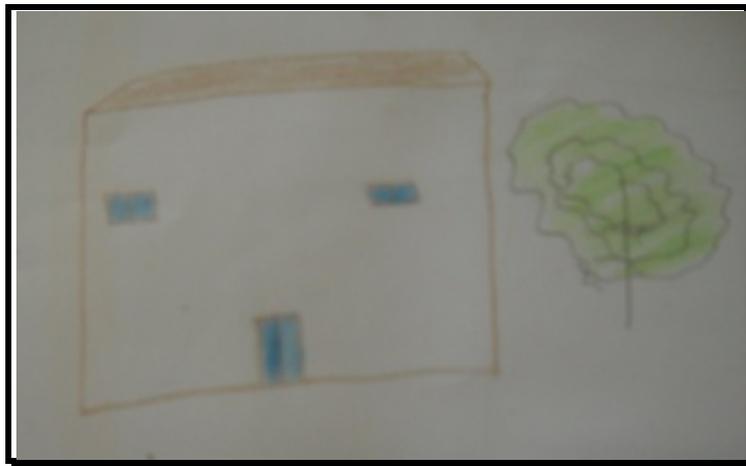
*«Por las ventanas de mi casa, escucho voces diciendo cosas malas de mí y por la puerta escucho voces diciendo buenas palabras. Mi hijo siempre deja la puerta cerrada y sólo oigo las voces del mal. Dicen que me van a pegar y me van a matar, que yo robé esta casa, pero es mía, no se la robé a nadie. Tengo miedo de ir a casa.»*

Figura 63: Hortensia, CV, “Mi casa es mía” - Delirio de persecución



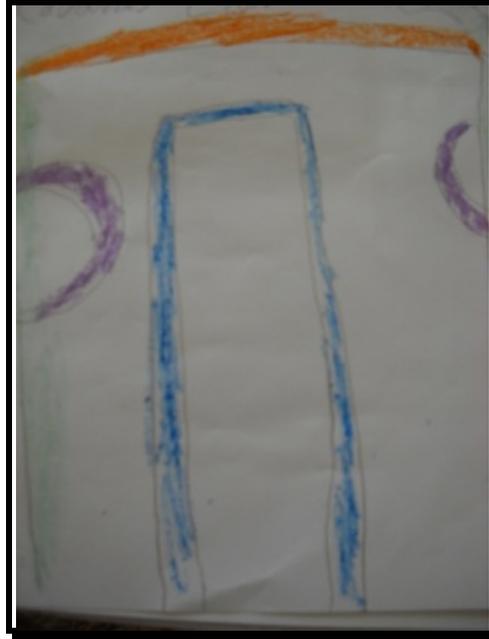
*«Las personas han destruido mi vida con todo lo que hablan sobre mí. Mucha gente lo cree y así, yo quedo mal delante de las personas. Nadie me cree y nadie me quiere ayudar. Las cosas están siempre deteriorándose. Soy como un árbol viejo, que no crece más.»*

Figura 64: Ópalo, CV, “El destino de un hombre” - Delirio de Persecución



*«Cuándo voy a dormir, cierro toda la casa, puertas y ventanas, todo. El malo está por todas partes, no podemos confiar en nadie. A veces oigo tocar en la ventana. Mis vecinos quieren depreciarme, dicen cosas de mi, quieren que todos piensen que estoy loco, pero tengo las semillas de maíz para plantar, todos comerán mi maíz.»*

Figura 65: Ónix, CV, “Casa protegida” - Delirio de persecución



*«Hay personas que no tienen casas. Yo tengo una casa, ¿lo entiendes? Tengo oro y sacos de arroz. Me siento culpable de esta miseria, de los pobres, de los animales llorando sin pasto, del hambre, de las desgracias. Y en la lluvia, ¿cómo se quedan ellos? Ayer la comida fue tierra con hojas de mandioca y pescado. Yo tengo cama, ellos no tienen ni chanclas ni dientes ni Colgate. Estoy perdida.»*

Figura 66: Cuartzo, CV, “La casa que quiero donar” - Delirio melancólico

**Tema predominante: El corazón**

**Delirio predominante: Pasional (totalmente predominante)**

El corazón es el «*órgano central del cuerpo humano y simbólicamente, el centro del hombre*» (Lurker, 1997:152). San Agustín dijo que el corazón era el depositario del amor divino y que los hombres deben buscar el conocimiento a través del amor.

El amor ha sido un tema recurrente entre los delirios desde hace mucho, desde sus primeros estudios. La pasión por el médico tiene la costumbre de hacer parte de la vasta catalogación de posibilidades pasionales a que se refieren las ideas pasionalmente delirantes. El médico es aquél que ofrece protección y protección en un momento extremadamente carenciado de cuidados y comprensión. Pero en verdad, la persona no está enamorada de su médico y esta pasión durará mientras sobreviva

la idea delirante que, de la misma manera que ha empezado, se va a alejar y con ella la “pasión” también perderá sentido. Hijos imaginarios, el despertar de pasión en los artistas y autoridades, hace parte del listado común de este delirio.

Lo que nos ha parecido un modelo nuevo es la pasión despertada en la Virgen María y la participación masculina en este listado de delirio pasional que tiene el hábito de ser mayoritariamente femenino.



*«Tengo un hijo con la Virgen Maria que se llama Lorenzo. Ella va venir del cielo para quedarse aquí conmigo solamente por la noche, de día estaré aquí con ustedes. Todos los sábados haremos una fiesta en un país diferente que celebraré en el cielo.»*

Figura 67: Rubí, BR, “Mi amor del cielo” - Delirio Pasional



*«Has sacado una foto mía porque estás enamorada de mí, ¿verdad? Todas las mujeres de aquí se enamoran de mí, pero quiero vivir soltero. Yo te amo, todas me dicen y Madonna ahora también. Fui a su fiesta de 40 años y bailamos juntos toda la noche.»*

Figura 68: Aguamarina, BR, “Eu te amo” - Delirio pasional



*«Tengo un hijo que ha sido concebido por hipnosis. Su padre es mi doctor que está enamorado de mí, pero no quiere que nadie lo sepa, por eso no nos quedamos juntos por el hospital. Es secreto. Todos los días, el aire mece las hojas del árbol y se caen dos hojas, es su forma de decirme te amo, en el lenguaje del árbol.»*

Figura 69: Begonia, BR, “Amor secreto” - Delirio Pasional



*«Mi doctor está enamorado de mí, quiere hacer sexo conmigo y tener muchos hijos. Yo quiero que me den el alta para quedarme con él que es muy guapo y también es doctor de todos los enfermos.»*

Figura 70: Flor de Lis, CV, “Yo y mi doctor” - Delirio Pasional



*«Este soy yo y ésta es la mujer que va venir en el carro del cielo para mí. Pinto a mi mujer todos los días, es Dios que me la va a mandar y le daré pendientes para las orejas. Y cuándo yo muera, usted va a casarse conmigo también»*

Figura 71: Lapislazuli, CV, “Bodas de amor” - Delirio Pasional



*«Tengo un romance prohibido, incluso con hijos y todo. Yo y mi doctor, pero nadie lo sabe. Hacemos todo muy discretamente, él me ha enviado los espermatozoides en un sobre y tuvimos dos hijos, mía María y mí Juan. Aquí no nos lo permiten, pero una mariposa me ha dicho que viviremos juntos para toda la vida.»*

Figura 72: Orquídea, PT, “Amor en secreto” - Delirio Pasional

**Tema predominante: La figura humana**

**Delirio predominante: Grandiosidad y referencia**

Los mecanismos de defensa, descritos por Freud en su teoría psicoanalítica, están presentes en los delirios, teniendo la proyección fuerte presencia en los delirios de referencia, donde la persona proyecta sus miedos y conflictos, pero también sus deseos y ambiciones. Esto queda claro cuando miramos los delirios abajo indicados, donde predomina la grandiosidad como una especie de auto-reconocimiento de predicados positivos, la búsqueda de un bálsamo para la auto estima, seguida por la referencia, donde se percibe en las afirmaciones que las personas tiene muchas cualidades y por eso, son depreciadas cuando las otras no controlan su envidia. El delirio de grandiosidad no es nada más que un intento de reconstrucción, de curación de la herida narcisista. Y aquí, incluso los delirios que se encuadran en otras categorías, de alguna manera siguen el mismo trayecto de intentar reconstruirse nuevo y cada vez mejor, hasta la conquista de la inmortalidad, aún sin sangre en el cuerpo.



«A la una de la madrugada hay siempre una bruja intentando entrar por la ventana de mi habitación para matarme. Siempre cierro la ventana, pero ella aparece con una sonrisa sarcástica. Tengo una cicatriz en la cabeza, pero que aparece solamente en los Rayos X. Ha sido la bruja, intentando matarme.»

Figura 73: Girasol, BR, “La bruja en la ventana” - Delirio místico-religioso/ delirio de persecución



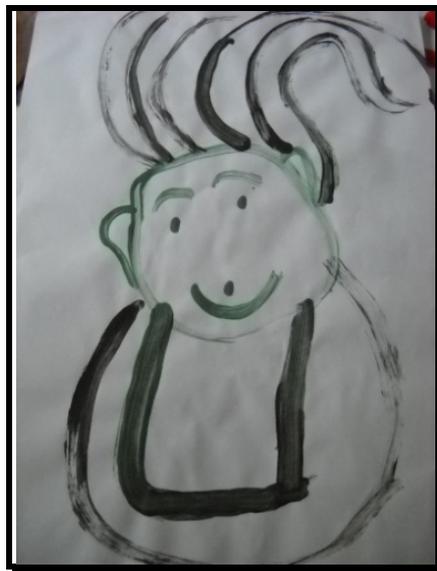
«Yo fui novia de Michael Jackson e hicimos hijos, pero sin sexo, sólo por la fuerza del pensamiento, yo aquí y él en América. Él me amaba, quería casarse, pero yo no quería ir a vivir a los Estados Unidos y me quedé con mi maleta y los hijos que son blancos cómo tu.»

Figura 74: Gardénia, CV, “Soy yo” - Delirio pasional



*«Todos los días por la mañana, no puedo encender la luz de la habitación porque la enfermera ha instalado una cámara para filmarme y todos ven que estoy gorda. No me gusta mi cuerpo y ella quiere reírse de mí con las otras. Ella habla muy mal de mí y sabe que no me gustan los espagueti y manda a la cocina que los hagan para contaminarme con el ajo que es horrible.»*

Figura 75: Lavanda, BR, “Yo con tus pelos” - Delirio de Referencia



*«Yo soy millonario y karateca del primer dan. Tengo un tatuaje del dinero, pero no aparece por que es transparente, para evitar secuestros. Hay sólo dólar, sólo dólar en la tatuaje»*

Figura 76: Zafiro, BR, “Yo millonario” - Delirio de grandiosidad



*«Dios habla conmigo, soy amigo de Jesucristo y le veo todas las noches, en mis sueños. Y mi Angel de la Guarda Ariel, mi protector Gabriel, mi defensor Miguel y mi proclamador Rafael. Conozco a los apóstoles, comí en la Santa Cena. Yo escribí los diez mandamientos.»*

Figura 77: Coralina, BR, “Mi ángel de guardia” - Delirio místico-religioso/  
delirio de Grandiosidad



*«No tengo más sangre en las venas. Necesito venas, brazos, piernas y otra piel. Estoy intoxicada de tanto medicamento, ellos quieren matarme. Todo es artificial y los microbios están acabando conmigo. No moriré porque consigo vivir sin la sangre, pero me gustaría otro cuerpo más grande.»*

Figura 78: Jazmín, BR, “Adiós” - Delirio de negación



*« A veces no sé si yo soy uno o dos y si soy niño o adulto. A veces ni sé mi edad, cojo mi Carnet de Identidad para saberlo. Tengo miedo cuándo pasa eso, tengo miedo de no saber y nunca más saberlo. Alguien puede haber robado mi inteligencia. Tengo miedo.»*

Figura 79: Coral, CV, “No sé de nada” - Delirio de referencia



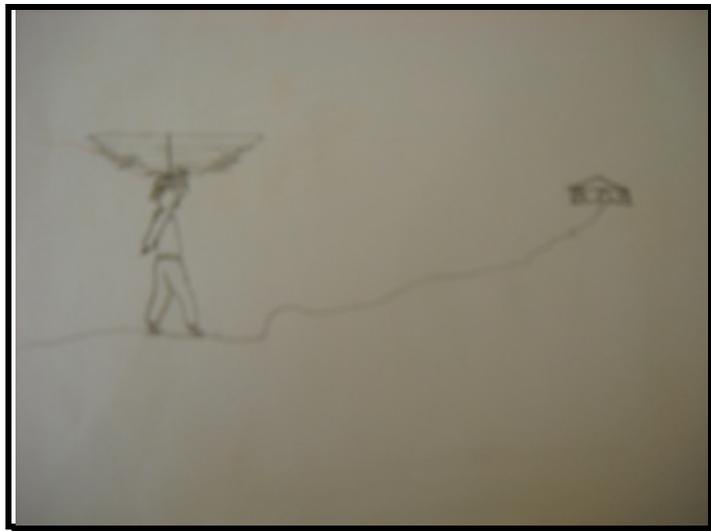
*«Yo soy la esperanza del nuevo milenio. En 2011 empezará un nuevo milenio y yo estaré lista para liderar el mundo con Dalai Lama, en la predicación de la esperanza de los pueblos blancos, negros e indios.»*

Figura 80. Begonia, BR, “La esperanza” - Delirio de grandiosidad



*«Yo ya he sido rica, millonaria, tenía sólo ropa nueva, pero han robado todo mi dinero. Ha sido un hombre que decía ser mi marido, andaba detrás de mí y fue al banco y le han pagado todo lo que yo tenía. Ahora no tengo nada más por su culpa y aún me llama queriendo más.»*

Figura 81: Margarita, BR, “Desilusión de una mujer” - Delirio de persecución



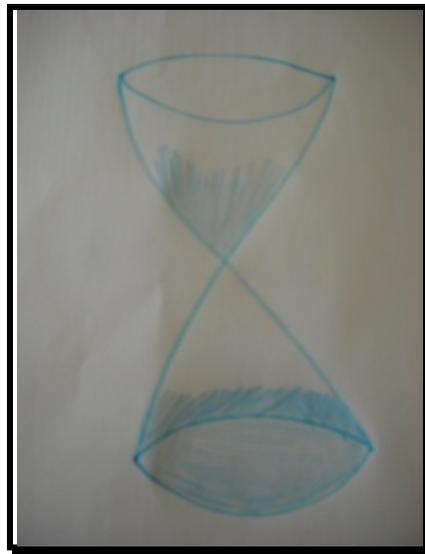
*«Recibo contactos del mundo entero con una antena parabólica y puedo enviar señales para toda la Tierra. Estoy cansado, trabajo mucho y nadie sabe hacer lo que hago y si no lo hago, el mundo se acaba pronto.»*

Figura 82: Perla, CV, “Trabajar es el destino de un criollo” - Delirio de Influencia/  
Delirio de Grandiosidad



*«Yo soy médico-científico-farmacéutico y sé cuidar de todas las personas, de todas las enfermedades. Yo arrendo mi cerebro para que hagan investigaciones porque es el mejor cerebro, el más inteligente del mundo. Inventé medicinas e inyecciones para la curación de enfermedades raras de la II Guerra Mundial.»*

Figura 83: Amatista, CV, “Yo inventor” - Delirio de Grandiosidad



*«Estoy aquí para hacer la sincronización de la edad. Dicen que tengo 27 años y por mis cuentas tengo 138. Hasta mi hija miente sobre mi edad y todos los días me dicen una edad diferente. Quieren quedarse con mi dinero de jubilación y no puedo dejar que me destruyan. Estoy presa aquí, quiero ir a mi casa»*

Figura 84: Amapola, PT, “Tiempo perdido” - Delirio de referencia



*« Mi vecino escucha por el teléfono todo lo que pasa en mi cabeza, él escucha mis pensamientos y los relata a otras personas que pasan por nuestra calle. Todos saben lo que pienso y están siempre riéndose de mí.»*

Figura 85: Malaquita, CV, “Comunicación no autorizada” - “Delirio de persecución/Delirio de referencia

**Tema predominante: Trazados sin formas/pinturas sin dibujos**

**Delirio predominante: Influencia**

La ausencia de formas en la pintura puede hablarnos de un comprometimiento cognitivo, de una inexperiencia con los materiales ofrecidos, de inseguridad, de miedo de no saber dibujar las formas precisas, de tantas otras posibilidades o también del deseo de pintar en libertad, de dejarse envolver por la suavidad del gesto de mover el pincel en la hoja de papel y observar la mezcla de colores y los nuevas colores que surgen de estas mezclas. Para quien mira, la ausencia de formas puede ser justificada por muchas teorías, pero para quien lo hace,

se explica con simplicidad: *«me gusta mezclar los colores y jugar como un niño. Tengo una idea para pintar y pinto los colores de esa idea. A veces queda bonito, otras no, pero usted ha dicho que no importa, entonces estoy bien»* (Diamante, BR).

Hay aquí una mezcla de delirios de distintas categorías que, en algún momento parecen confluir: hay una angustia predominante y la pintura, sin tener que preocuparse por las formas, puede funcionar como un espacio oxigenador, donde – aunque no puedan librarse del malestar que les produce la idea de su delirio – sea posible disminuirlo hasta que puedan librarse de él.

Ocurrió también de durante el estudio, que hubo personas que tuvieron una vivencia del episodio de delirio y les satisfacía mucho más hablar en imágenes que en palabras, imágenes donde se pudiera plasmar la angustia de la invasión de pensamientos, palabras, sonidos, amenazas, miedos y desasosiegos comunes a estos procesos delirantes. Así que, sin buscar tantas explicaciones, hemos dejado que este momento les sirva también como una catarsis, respecto a los amargos sentimientos que suelen formar parte de este momento y aún así estuvieron dispuestos a colaborar con nuestro trabajo. Ni todos querían hablar, pero así mismo, la imagen ha sido encuadrada aquí:



*«Yo hice un huracán en la arena que va subir y coger todas las cosas y todas las personas y no quedará ninguna persona, ni casa, ni hospital, ni árboles, sólo quedarán los microbios invisibles. Voy a soplar y tirar todos los edificios y hacer una piscina para mí, que soy rey.»*

Figura 86: Diamante, BR, “Huracán” - Delirio de grandiosidad



*«Tengo que ir buscar el tesoro en el fondo del mar. Hay una mujer que vende los billetes para nadar hasta las piedras y entonces me cambiaré por un ratón de alcantarilla que come cucarachas muertas y nadie morirá más de enfermedad de los pies por matar cucarachas»*

Figura 87: Diamante, BR, “Fundo del mar” - Delirio de Influencia



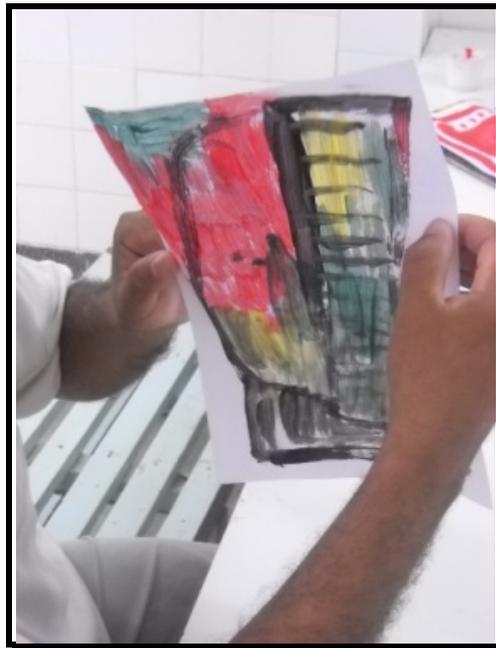
*«Yo tengo que cuidar de la puerta para que no entren ni salgan bichos dañinos que pegan a las personas por la calle. ¿No lo sabías? Yo que trabajo de guardia de la puerta y si el sol viene muy fuerte, nos quemará a todos y todos moriemos quemados y rojos. El sol nos persigue de día y la luna de noche.»*

Figura 88: Diamante, BR, “Sangre del sol” - Delirio de persecución



*«Ayer, cuando entré en la habitación para dormir, allí estaba Satanás con fuego por todos lados. Ha dicho que ahora yo gobernaré el mundo, que en las elecciones me ha votado a mí y por eso he ganado y ahora me voy a poner ropa combinada en azul para trabajar en el Palacio.»*

Figura 89: Coralina, BR, “Trabajo de ropa nueva” - Delirio místico-religioso/  
Delirio de grandiosidad



*«Cuándo salí del vientre de mi madre, ya sabía que era un paciente psiquiátrico, pues mi sangre estaba impregnada de psicotrópicos. Yo estaba alucinado porque vivía preso en el útero. Mis células y mi cerebro están contaminados de F20, F23, F60 y F70. Avisa por favor a todos que ayer yo me morí, aquí está solamente mi espíritu.»*

Figura 90: Turquesa, BR, “Mi destino cómo paciente psiquiátrico” - Delirio  
Hipocondríaco



*«Un día mi madre se quedó embarazada de mí y me parió. Después fui creciendo y me he convertido en una flor y de mis brazos han nacido muchas flores grandes y pequeñas. Hay días en que soy mujer y hay días en que soy flor».*

Figura 91: Girasol, BR, “Mujer-Flor” - Delirio de Influencia



Sin comentarios sobre la imagen.

Figura 92: Crisantemo, CV, “Desenho”



«La mujer que cambiaba dinero quería pegarme y yo sólo corría por la calle. Mi ropa está hechizada, quiero ropa de Francia.»

Figura 93: Caléndula, CV, “Yo por la calle” - Delirio de persecución



«A los hombres de ropa verde les disparan en la cabeza y en la barriga y nadie les mata. Yo tengo la ropa verde y nadie me va a matar. Puedo morir un día y al otro ya estoy vivo otra vez. Tengo poderes más que un Presidente de República.»

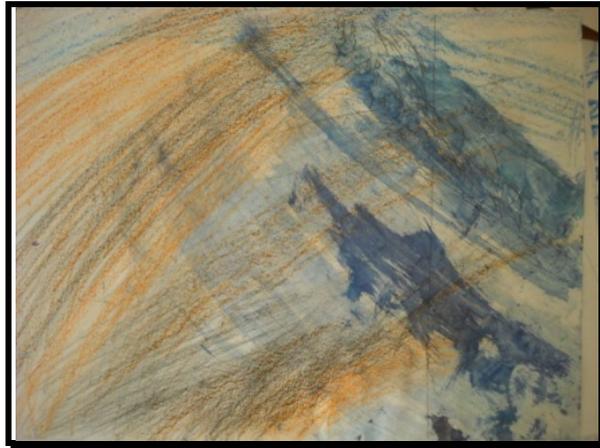
Figura 94: Topacio, CV, “Los hombres de ropa verde” - Delirio de Negación



«Hay una antena parabólica dentro de mi cabeza que decide lo que puedo hacer y que no puedo hablar con nadie que no es jefe o doctor. No puedo hablar con los otros enfermos, ellos me miran y van a saberlo todo. Sólo pienso en los himnos del Templo Mayor<sup>16</sup>, no consigo olvidarlos ni un minuto. »

<sup>16</sup> Templo Mayor es la designación de la Iglesia Universal del Reino de Dios.

Figura 95: Cuarzo, CV, “Yo soy el mayor” - Delirio de Influencia



*«Cuando los vampiros lleguen, será el apocalipsis y todas las personas se quedarán sin la sangre. Los vampiros se beberán la sangre de las personas y en el mundo entero solamente habrá noche, nada de luz y sólo conseguirán ver los que tengan aquellos ojos rojos de vampiros.»*

Figura 96: Cuartzo, CV, “Los vampiros de la noche” - Delirio místico-religioso

**Tema predominante: Persona en la cama**

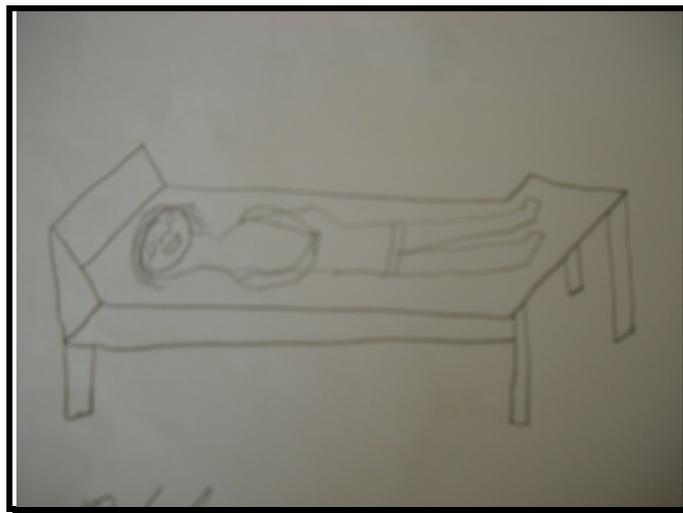
**Delirio predominante: Persecución (totalmente persecución)**

Nos ha llamado atención la fuerza con que el miedo de morir ha aparecido en las ideas delirantes. La muerte es acompañada de manera bastante diferente en Brasil y en Cabo Verde e incluso dentro del propio Brasil, pero el miedo a morir atraviesa los límites de la geografía, especialmente cuando este miedo forma parte de una idea fija delirante que ninguna explicación consigue ser lo suficientemente convincente para disolverla.



*«Un día he tenido un sueño que después no sabía si era sueño o verdad: que los enfermeros me querían matar con los medicamentos. Durante 3 días, escondía el remedio bajo la lengua para no morir. Después escuché que mi hermana quería matarme. Entonces ella vino a verme y tuve la certeza que era la despedida, que los remedios eran mi condena»*

Figura 97: Amarilis, BR, “Miedo de morir” - Delirio de Persecución



*«Un día escuché una voz que me decía: cuidado que te voy a matar! Nunca me preocupé, pues sabía que era solamente una voz, que forma parte de la enfermedad. Pero no callaba nunca y me lo decía tantas veces y tantas veces en el mismo día, que empecé a creer que eran los médicos, que la policía me había mandado matar y los médicos tendrían que hacerlo. Tenía miedo de dormir y no despertar, tenía miedo de las medicinas y un día me quedé sin tomarlas con miedo de morir, pero mi cabeza me ha dolido tanto, que me acosté en la cama y dije: Jesús, si quieres, llévame, pero no dejes ni que los médicos ni que la policía me mate. Después pasó.»*

Figura 98: Ópalo, CV, “Miedo de morir” - Delirio de Persecución



*«Escuchaba siempre una voz que me decía que quieren matarme, que los médicos quieren matarme con los medicamentos. Hay personas por la calle que hasta hoy les tengo miedo, pues las veo mirarme raro. Yo tenía mucho miedo. A veces no he tomado los medicamentos, con miedo de morir, miedo de nunca más levantarme de mi cama. Un día he perdido el miedo, no lo sé explicar, acabó. Hoy tomo los medicamentos tranquila y sé que los necesito preciso de ellos.»*

Figura 99: Flor de Lótus, CV, “Miedo de morir” - Delirio de Persecución

**Tema predominante: Figuras ‘sueltas’**

**Delirio predominante: Negación y Persecución**

Las figuras sueltas de las imágenes representan ideas igualmente sueltas, desconectadas, donde el hilo del pensamiento parece haber sido cortado en pequeños trozos y las ideas siguen así, como mosaicos de colores variados, mezclando pensamientos e intentando organizarse frente al caos en el que ha se convertido su vida. Este puede ser un momento pasajero, aflorado por la confusión causada por la idea delirante, o incluso haberse convertido en una condición crónica, donde la desconexión mental ya traduce el panorama común y habitual del sujeto.



*«Hay muchas cosas difíciles en la vida de un rey. Tenemos que hacer leyes y mandar en el palacio. Cuando me quedé sin mis pulmones, los empleados soplaban el aire dentro de mí, después han puesto una ventana abierta en mi habitación y siempre me traen la comida. Sólo visto azul que es el color del universo. Ronaldo es campeón de futbol. No moriré ni de muerte ‘matada’ ni de muerte ‘muerta’. Yo naceré con el sol todos los días»*

Figura 100: Zafiro, BR, “Trabajo de Rey” - Delirio de negación



*«Tengo dinero que me han robado. Mi hermana me dio diez millones y aquella de la camisa roja me ha robado. Tengo un hijo que se mueve en mi vientre y me lo han robado también. Mi casa no es ésta ni tengo chanclas. Quería tener pelo largo como tú, pero siempre me lo cortan. Quiero ir a la policía para decirles todo. Tengo limones, ¿usted quiere limones? Entonces adiós!»*

Figura 101: Magnolia, CV, “Mi hijo robado” - Delirio de persecución

A partir del trabajo terapéutico con imágenes, fue posible para muchas personas empezar a pensar de otra manera sobre su enfermedad, fue posible ofrecerles una nueva lectura de sus pronósticos de vida, salir del incómodo sillón dirigido por la enfermedad y disfrutar de la propia compañía de los delirios para alimentar su creatividad y disfrutar de la posibilidad de expresar la creatividad en colores para librarse de las angustias delirantes. Una actividad cíclica que puede cambiar el trayecto de la enfermedad hacia un camino más saludable o al menos con una mayor calidad de vida.

Para muchas personas, esta actividad se ha convertido en el placer de pintar, de contactar con una nueva modalidad de tratamiento, de libertad, de diversión y para otras, ha sido efectivamente la oportunidad de catarsis, de liberación de los nudos emocionales que pudieron surgir para ser posteriormente trabajados individualmente en la psicoterapia. La imagen ha podido desempeñar su rol primordial de representar el interior de estas personas con contenidos desconocidos para ellas mismas, inyectando en sus psiquismos dosis de luz, de concienciación, de movimiento, de revitalización. Y poco a poco la pérdida de contacto con lo real se convierte en una imagen llena de posibilidades, que a su tiempo, les enseña a desapegarse del sentimiento de miedo, a pesar de éste insistir en volver en cada nueva crisis, en cada nueva idea delirante que clava su bandera en la conciencia humana, donde quiere que vivan estas personas.

*«Hay una diferencia fundamental entre datos biológicos y culturales que torna imposible transferir los métodos de una ciencia para otra. Las formas animales se desarrollan en diferentes direcciones, y una mezcla de especies, que una vez se han vuelto distintas, es despreciable en el conjunto de la historia de su desarrollo. Lo mismo no pasa en el ámbito de la cultura. Pensamientos, instituciones y actividades humanas pueden propagarse de una unidad social para otra. Así que si dos grupos entran en estrecho contacto, sus trazos culturales se diseminan de uno para otro» (Boas, 2004: 98).*

Pero, ¿qué decir cuando los contactos entre estos grupos no se definen como estrechos?, ¿Cómo explicar la similitud de las ideas delirantes de estas personas? Si mezclásemos estos delirios para después encuadrarlos por su procedencia, siendo de Brasil, de Cabo Verde o de Portugal, difícilmente conseguiríamos hacerlo con éxito. Las ideas se repiten, convergen, se encuentran. No podemos pensar que para cada grupo cultural, todos los síntomas de la enfermedad serán plenamente encuadrados en las costumbres de aquella cultura. Otros muchos síntomas sí, sus manifestaciones son reconocidas como enfermedad o no a partir de la concepción de salud y enfermedad de su cultura, pero con los delirios no

pasa de esta manera. En las personas con diagnóstico de esquizofrenia, un delirio es un delirio y nada más. Si una cultura no reconoce los síntomas de la esquizofrenia como una enfermedad, tampoco reconocerá los delirios formando parte de ella. Pero si hablamos de enfermedad reconocida mundialmente, donde esta enfermedad sea reconocida a partir de sus síntomas igualmente universales, los delirios serán reconocidos como uno de ellos. Y es en este territorio que defendemos la universalidad de los delirios, no donde la esquizofrenia sea reconocida como una amplitud divina, pues aún no conocemos en profundidad estudios en estos campos. Quizá los resultados sean los mismos y la universalidad del delirio pueda ganar mucha más fuerza.

De esta manera, aprovechamos las explicaciones de Lévi-Strauss (1995) en su *Antropología Estructural*, donde compara el arte americano con el de China y Nueva Zelanda y afirma que las analogías no habitan específicamente en el aspecto externo de las imágenes y a partir de esta lectura, presentamos una cuestión: ¿Estamos enclaustrados en un conflicto que nos condena o bien a renunciar a la historia – convencida de que los delirios se formulan a partir del substrato cultural – o bien a persistir como ciegos ante estas semejanzas verificadas tantas veces? La creencia del contacto cultural sería la posición que más cómodamente nos permitiría dar cuenta de las semejanzas complejas que a primera vista tal vez aún no sea posible explicar. Pero la mayoría de estas personas nunca han salido de su estado o isla y el contacto restringido con la televisión nacional no puede ser suficiente para el conocimiento sobre culturas ajenas de manera que les pudiera ‘contaminar’. Entonces, si las semejanzas no son irreales, tenemos que buscar la explicación en otro territorio – y en este caso, elegimos buscar auxilio en la Psicología Analítica, a través de sus explicaciones sobre el inconsciente colectivo.

Ha dicho Jung (1925:55) que *«en cada individuo, a parte de las reminiscencias personales, existen las grandes imágenes primordiales que son posibilidades de representaciones humanas, heredadas en la estructura del cerebro, y que producen remotísimos modos de ver. El hecho de que exista esta herencia explica el increíble fenómeno de que ciertas leyendas estén repetidas por toda la tierra de forma idéntica. Explica también porqué nuestros enfermos mentales pueden reproducir exactamente las mismas imágenes y relaciones que conocemos por textos antiguos. No afirmo con eso, de modo alguno, la herencia de las representaciones, sino solamente de la posibilidad de la representación, cosa que es muy distinta»* (resaltado del autor).

Los delirios crean sus representaciones basándose en las imágenes primordiales disponibles en el cerebro humano. Si fuese de otra manera, cuando delirara una persona sería capaz de distinguir tranquilamente su delirio y librarse de él, ya que tendría la conciencia de que se trataría de una idea infundada y por lo tanto, sin necesidad de seguir con ella. No hablamos de representaciones sociales ni culturales, sino de posibilidades de representaciones humanas, una lectura de mundo a través de imágenes, de donde provienen las representaciones de alma, de energía, de sabiduría, de maternidad, de vitalidad, de los arquetipos de los que estamos hechos.

## 7.2. Los delirios y la vida cotidiana

*«La salud mental puede ser medida por la cantidad y cualidad de silencio con que una persona es capaz de convivir. Lo que no debemos es confundir personas silenciosas con personas silenciadas, aquellas cuyo silencio está conteniendo gritos sofocados».*  
Antônio Gaiarsa

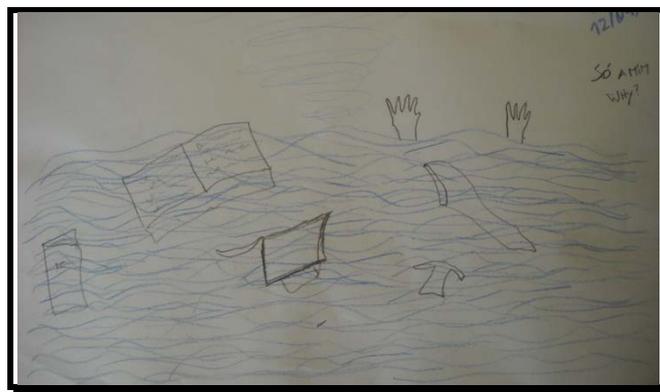
A partir de los relatos de delirios, fue posible conocer qué pasa en los pensamientos de las personas en aquellos momentos. Los juicios falsos de la realidad parecen acelerarse de manera inversamente proporcional a las circunstancias cuando las personas cercanas intentan convencer a la persona que delira que no es real, no es verdad y forma parte de su enfermedad.

El comportamiento delirante muchas veces se vuelve agresivo y muchas veces la agresión es un intento de protección por la inseguridad que la falta de control sobre sus pensamientos confiere a la persona que delira. Estos comportamientos pueden ser más o menos agresivos conforme el comprometimiento de la persona con su idea delirante y el sentimiento que esta convicción le haya despertado.

No queremos negar, en ningún momento, que la cultura es la que proporciona sentido al comportamiento humano y así, reducirlo a un comportamiento biológico-instintivo... ¡jamás! Sí compartimos la idea de Aguirre (2002) al decir que *«el hombre articula y organiza su comportamiento, tanto individual como social, desde la simbología cultural»*. Pero al hablar

de delirios, hablamos de una estancia anterior al comportamiento aprendido, a una estancia de ideas sueltas que asaltan el psiquismo, donde su articulación y organización no siguen leyes ni patrones esperados o preestablecidos y a pesar de ser personas cuya enfermedad alimenta sus ilusiones con ideas absurdas, también son personas con una trayectoria de vida de muchas desilusiones, desencantos, de mucha falta, sobre todo de perspectivas saludables de vida.

Presentamos una imagen y un relato sobre la enfermedad que puede hacernos comprenderla a través de los ojos de quien la vive:



**Figura 102: “Ahogada en la esquizofrenia”**

*«Yo estoy aquí en estas manos, naufragada y todo pasa por mí. Mis estudios están pasando, no consigo concentrarme, mis amigos se van buscando otros amigos que les puedan acompañar y yo me quedo. A veces me pregunto ¿por qué yo? Y ninguna respuesta me parece clara. Esta enfermedad es el peor castigo de todos los tiempos. Hoy estoy bien, consigo pensar con mis pensamientos, mañana ya no sé. No tengo ningún poder sobre mis pensamientos. A veces pienso en cosas de mi vida y otras veces no sé de donde llegan unos pensamientos sin ningún sentido, unas ideas locas, pero yo no las creo, ellas invaden mi cabeza. Querría comprender que pecado hice para merecer esta condena. Ya oré, ya pedí perdón, pero no me llega la curación. No sé qué hacer, te juro que no» (Tulipán, CV).*

No todas las personas diagnosticadas con esquizofrenia consiguen llegar al nivel de conciencia de la enfermedad cómo Tulipán ha llegado. Yo no sabría decir si es mejor o no, pues creo que, en estos casos, cuánto más conciencia de las limitaciones impuestas por la enfermedad haya, tal vez, el nivel de esperanza en la búsqueda de una vida más saludable sea minimizado por la desesperanza contenida de una enfermedad incurable.

Muchas son las personas que al saber de la incurabilidad de la esquizofrenia, abandonan el tratamiento convencional y buscan prácticas alternativas, especialmente ligadas a la religiosidad, partiendo del principio de que estas manifestaciones puedan estar ligadas a posesiones espirituales, trabajos de hechicería, mal de ojo etc., alimentando por algún tiempo la esperanza del descubrimiento de algún nuevo diagnóstico que luego será deshecho con rezos, baños de perfumes, trabajos de contra-hechicería... hasta que las crisis vuelvan a atacar y sin tratamiento, cada vez más fuertes y destructoras, cuando es necesario el acompañamiento de un profesional de salud y no solamente del Maestro, Hechicero, Padre-de-Santo, Pastor, sin que sea negada la posibilidad del reconocimiento de la enfermedad como enfermedad, ya que «la angustia, la depresión, el delirio... son dimensiones ligadas íntimamente a la naturaleza humana» (Espina Barrio, 2005:204).

Los delirios insisten entonces en modificar la lectura de la realidad. En su obra *Psicopatología General* (1979), Jaspers tiene una idea de delirio como una ‘transformación en la vasta consciencia de la realidad’, lo que no es lo mismo que decir transformación de la realidad, pues delirio y realidad conviven, es decir, la persona es capaz de convivir con la realidad de la cual forma parte y entiéndase por convivir, comprender las normas y valores de su cultura y al mismo tiempo modelar su conducta motivada por el delirio. Es el delirio quien no lo reconoce y por eso no obedece a las normas y valores, no la persona. Desgastada la idea delirante, la persona continúa viviendo y conviviendo dentro de los mismos patrones, hasta ser afectada por la conducta de un nuevo delirio.

La vinculación del delirio con las experiencias de vida de la persona no tiene ningún compromiso, ni tampoco con su percepción de mundo. Los delirios pueden retratar lecturas fantasiosas de acontecimientos reales, pero no tienen porqué. La idea delirante surge dispuesta y vetando cualquier posibilidad de explicación o justificación sobre ella. Ella llega y lidera. Y quien delira es liderado por ella sin nada que constatar objetivamente y no tiene sentido buscar una constatación, pues la persona no duda de la veracidad de su delirio.

Cuándo reminiscencias de la vida son revividas con nuevos significados (delirantes), estamos delante de lo que Jaspers (1973) ha denominado representación delirante, es decir, los hechos vividos en el pasado son coloreados por la consciencia alterada, alterando los colores de los acontecimientos y utilizándolos para justificar acontecimientos presentes, de manera que las personas pueden relacionar un nuevo significado sea de lo que piensan o de

lo que perciben en la vida cotidiana y para constatar que es un delirio, basta certificar el vínculo sin motivos atribuidos entre una y otra estancia.

### 7.3. Culturas diferentes, imágenes semejantes

*«El hombre dedica más de la mitad de su  
existencia al sueño.*

*Cuándo duerme, sueña y es en este momento  
cuando produce tesoros».*

François Laplantine

Un punto que separa a las dos culturas predominantes de este estudio, la brasileña y la caboverdiana es el tiempo de colonización portuguesa, o mejor dicho, el tiempo de independencia que, en el caso de Brasil, ha permitido un mestizaje (no solamente racial) ampliamente difundido, una autonomía y la posibilidad de juntar piezas tan plurales en la construcción de una nación sin el sometimiento de servir solamente a intereses ajenos, ahora se sirve a sí misma; sin ser considerada más un subproducto de una colonia que en el caso de Brasil servía para la producción de azúcar, café y oro con el propósito de generar lucros que no servirían para enriquecer a quien los producía, sino a quien los poseía. En Brasil hablamos hoy de casi 200 años de independencia.

En relación a Cabo Verde, hablamos de solamente 36 años de independencia, de una cultura que aún vive en el dilema del desapego de la perpetuación del comportamiento portugués para la reconstrucción de un imaginario nacional propio esta última dando señales de fuerza, donde los valores heredados a los caboverdianos *«no se ajustaban bien a la verdad de su vida, siendo imposible rechazarlos o asimilarlos enteramente»* (Fanon, 1979:4). La relación no de Cabo Verde con Portugal, sino de los caboverdianos con Portugal, casi de manera general, me parece que es una relación de deuda, tal vez una deuda (inconsciente) a Portugal por haberles prestado el país que descubrieron y esto hace de Cabo Verde una nación también distinta a Portugal, pues Portugal traslada la idea de que ha sido el dueño, el superior, y Cabo Verde el dominado, como si tuviese una constante deuda con quienes les ha ‘regalado’ una nación. Hay una relación de ambivalencia entre este sentimiento, de posible deuda y los recuerdos de las prácticas dominantes del período colonial, haciendo del pueblo caboverdiano, un pueblo pacífico en distintos sentidos de su realidad cotidiana,

pacífico, incluso cuando debería no serlo, pero quizá haya sido de este pacifismo de donde haya surgido la posibilidad asimilacionista de supervivencia para los colonizados nacionales con quién aún convivimos y prosperan sus creencias y comportamientos en las nuevas generaciones aún impregnadas del sentido de su historia. Este pacifismo también distingue la sociedad caboverdiana de las de África continental, con sus historias de guerras y sangre.

Las sociedades mestizas de dominación portuguesa, entre otros factores, dependían de la importancia económica que sus producciones tuviesen en el mercado internacional. Mientras esta producción crecía, la región era considerada favorable a la inmigración europea, aumentando el número de europeos en su población, aumentando la discriminación. Consecuentemente, cuando disminuía el crecimiento económico, la región y sus poblaciones eran abandonadas a su propio destino, aumentando el mestizaje. A finales del siglo XVII, cae la producción del azúcar en el nordeste brasileño con la abundancia del azúcar antillano hasta el siglo XIX con un cambio en la calidad de la caña de azúcar y la introducción de las maquinas en los Ingenios, antes movidos por tracción animal y que también fueron sustituidos por las fábricas (“usinas”), favoreciendo la descaracterización de la cultura de una región. En Cabo Verde, las condiciones geoclimáticas no propiciaban la producción de gran cantidad de productos agrícolas tropicales que la economía europea deseaba. Por eso no tuvo una fuerte participación en la economía europea, estando también alejada de las grandes rutas comerciales, proliferando así, el mestizaje. Cabo Verde se convierte en una región de emigración, haciendo que los caboverdianos asumieran un rol de intermediarios entre los colonos y las colonias africanas hacia donde muchos han emigrado (Venancio, 2005)

A pesar de las diferencias y desencuentros de la historia y, consecuentemente de la cultura de un país y del otro, en relación a las imágenes, hemos encontrado una cierta regularidad simbólica entre los dibujos, imágenes que se repiten en uno y en otro punto de nuestro estudio, en Brasil, en Portugal y en Cabo Verde, cómo también, hemos comprobado semejanzas en las propias narraciones de las ideas delirantes. Esta percepción que tiende a ser común entre investigaciones de resultados de la imaginación simbólica (sea la elaboración de mitos, religiosidad, contenidos de delirios y alucinaciones) nos afirma que en todas partes encontramos símbolos comunes, símbolos que se repiten (Bachelard, 1991) y hacen que podamos efectivamente pensar que *«una homogeneidad del imaginario atraviesa los siglos, prueba [...] que el imaginario está en la base de la naturaleza humana»* (Bachelard, 1990:26).

Encontramos entre las costumbres de las personas que hicieron parte de este estudio semejanzas y diferencias. Entre las nociones de salud y enfermedad, encontramos

en Brasil un buen número de personas que, siendo católicas, fueron a un Centro Espiritista o a Casas de Santo (Candomblé) o incluso a la Iglesia Universal del Reino de Dios, antes del inicio del tratamiento con el Psiquiatra, buscando descubrir el “la posesión espiritual” que les estaba haciendo tener actitudes bizarras de gritar, tirar la ropa a la calle, reír sin motivos y hablar solos. En Portugal, encontramos personas que, también siendo católicas, han ido alguna vez en búsqueda de las brujas del interior para intentar comprender porqué tenían todos aquellos síntomas, intentando descubrir algo externo que acontecía, y no una enfermedad mental. En Cabo Verde, encontramos un gran predominio de intentos de buscar “remedios” para los primeros síntomas de la enfermedad, a través de visitas a los Maestro, el uso de remedios naturales (llamados “remedios de tierra”, como los baños y tés de hierbas como eucaliptos), desmitificados después con el cambio al tratamiento con medicinas por tratarse de una enfermedad y estos remedios naturales no hubieran sido capaces de contener a las personas en sus momentos de crisis.

Si pensamos en los tres contextos estudiados, en lo concerniente a la religión, podremos, aún, pensar que son muy semejantes, teniendo en cuenta el colonialismo portugués y su consecuente cristocentrismo católico, pero si tenemos en cuenta los detalles, percibimos que en Brasil, la explicación de la perturbación mental surge con la idea predominante de envidia, de alguien que desea lo que tiene el otro y por eso le perjudica. En Portugal esta cuestión no queda bien aclarada, pues lo que hemos encontrado es la duda por la culpabilidad, la explicación de que no ha hecho nada malo a nadie y, aún así, ha quedado perturbada. Y en Cabo Verde encontramos la venganza como la fuerza motriz para la explicación de la perturbación mental, donde el deseo de venganza contra la persona o algún familiar suyo ha llevado a determinada persona hasta un Maestro para hacer un ‘hechizo’ que se ha convertido en la perturbación. Es importante resaltar que para estas personas que se resisten en buscar los servicios médicos, la perturbación no es lo mismo que la enfermedad, pues para ellos, *«la perturbación es al principio, cuando el Maestro aún nos puede curar del hechizo que alguien, que puede ser nuestro conocido o no, nos ha hecho y la enfermedad viene después, cuando la perturbación cronifica y el Maestro ya no puede hacer nada más contra ella»* [Ópalo, CV].

Las imágenes se van desdoblado, trayendo contenidos del inconsciente hacia lo consciente que, trabajados a partir de las imágenes secuenciales, nos proporcionan un viaje por el territorio reprimido de la persona que delira y, al mismo tiempo, nos sugiere un camino de conocimiento de los grandes dramas de la humanidad, la angustia de la finitud,

la incomprensión del abandono, ya sea en formato de protesta, de anunciación, de orden a cumplir... catalizando las fuerzas auto curativas de la psiqué.

Percibimos la importancia de la creencia en el profesional que trabaja con personas con diagnóstico de esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia, son personas con una sensibilidad desigual, capaces de percibir si creemos o no en lo que nos dicen cuando relatan sus delirios, si creemos o no en sus posibilidades de curación. «*Difícilmente cualquier tratamiento será eficaz si la persona enferma no tuviere a su lado alguien que represente un punto de apoyo sobre quien haga un reconocimiento afectivo*» (Silveira, 1981:69).

Mientras coleccionábamos imágenes y relatos de delirios, hemos podido mirarlos desde otra perspectiva, percibiendo los delirios no cómo una especie de fuga de las angustias y desasosiegos, sino como una tentativa de contacto con la vida, una tentativa de reorganización psíquica. En este sentido, la imaginación puede ser percibida más allá de las características esenciales del ser humano, pero también cómo una de las funciones fundamentales de constitución del ser, sea al inventar un objeto, una historia, un nuevo modo de funcionamiento, es decir: la imaginación poética nos enseña que, en la invención de la vida, el hombre constantemente se reinventa (Bachelard, 1989).

Hemos encontrado semejanzas en las imágenes a partir de los colores utilizados, a partir de los símbolos encontrados y también a partir de los relatos que componían estas imágenes. Todos los caminos nos llevaban al reconocimiento de imágenes semejantes entre los delirios de personas que viven lejos, en culturas diferentes. Entre nuestra muestra, no ha aparecido ningún grupo que pudiera llamar atención de diferencias significativas ya sea en las imágenes, o sea en los relatos de los delirios, de manera que si mezclásemos todo el material de estudio, no sería posible la distinción geográfica, tamañas similitudes.

Los mismos materiales plásticos estaban disponibles para todos los grupos, de manera que alguien podría mostrar preferencia por determinados colores, pero la multiplicidad de colores competía con la multiplicidad de temas abordados para hablar de lo que nadie quiere oír y las personas han encontrado en estos grupos la posibilidad plena de interés en la escucha entusiasmada de sus ideas delirantes, por más sin sentido que nos parezcan, por más significativos que les parezcan a ellos.

Jung ha percibido, a partir de las imágenes producidas por personas que deliraban en hospitales psiquiátricos, que establecen estrechos paralelos con símbolos religiosos, con

la mitología, con los cuentos de hadas. Así comienza su idea de que hay una síntesis de lo que pasa en el psiquismo que no pertenece solamente a la esencia de una mente, a la historia de una persona, sino que está más allá, haciendo parte de una manifestación colectiva, encontrada en distintas narraciones de distintas personas. Es entonces cuando surgen sus primeras ideas del inconsciente colectivo. Y es exactamente lo mismo que hemos encontrado aquí: imágenes semejantes, especialmente en lo que toca al simbolismo religioso, con narraciones semejantes y con distintos acentos de lengua portuguesa y criolla. *«Al construir sus dioses, el hombre toma como referencia una realidad dada que caleidoscópicamente la reordena, reestructura y recrea. En este proceso, el imaginario tiene como referencia lo real, dándole otros sentidos proporcionado por el material simbólico que utiliza»* (Laplantine, s/d:11).

Podemos entonces buscar una analogía de la libertad de los delirios con el personaje Quijote, de Unamuno (1964), que rechaza la lógica para seguir su propia fe, su visión personal, donde el autor reclama la ausencia de Quijotes, diciendo que ahora es preciso *“rescatar el sepulcro del Caballero de la Locura del poder de los hidalgos de la Razón”* (pág.13-14). Que esta idea se perpetúe, que así sea y aún podamos rescatar muchos aprendices de Caballeros de la Locura de las manos de una razón que les suele resultar molesta y fría.



*Figura 103: Sin título*

Es necesario no delimitar el camino, no intentar moldear teorías y mantener la tinta fresca en el pincel para los próximos trazos, pues gran parte de la mente humana aún estar por conocerse...

## 8. Dé lirios a los delirios... A modo de conclusión

*« ¿Cuántas carreteras debe un hombre caminar  
antes de que le llamen hombre? ...  
La respuesta, mi amigo, está soplando en el viento.  
La respuesta está soplando en el viento.»*  
Bob Dylan

Este capítulo final podría empezar de distintas maneras, pero he elegido poner la descripción de una escena del libro “El caballero inexistente”, del italiano Ítalo Calvino (1997: 57-58), ya que durante la lectura de la obra, me suscitó recuerdos de la escucha de narraciones de delirios en hospitales psiquiátricos: *«El rey había llegado ante un caballero de armadura toda blanca; sólo una pequeña línea negra corría alrededor, por los bordes; aparte de eso era reluciente, bien conservada, sin un rasguño, bien acabada en todas las juntas, adornado el yelmo con un penacho de quién sabe qué raza oriental de gallo, cambiante con todos los colores del iris. En el escudo había dibujado un blasón entre dos bordes de un amplio manto drapeado, y dentro del blasón se abrían otros dos bordes de manto con un blasón más pequeño en medio, que contenía otro blasón con manto todavía más pequeño. Con un dibujo cada vez más sutil se representaba una sucesión de mantos que se abrían uno dentro del otro, y en medio debía haber quién sabe qué, pero no se conseguía descubrirlo, tan pequeño se volvía el dibujo».*

Así, es como hacer una Oda a los delirios, a estos contenidos que invaden y colonizan la mente humana cuando la esquizofrenia les toca, dejándonos conocer la mente más allá de los contenidos inconscientes y mostrándonos cuán vulnerable es nuestro dominio en este territorio. Una Oda a la fuerza con la que los delirios cruzan normas y costumbres culturales, libres de lazos de proximidad con ellos, haciéndose dueños de su razón, de su ruta, de su tránsito ilimitado. Una Oda a la compañía que los delirios hacen rellenando la soledad de las personas que oyen las voces y ya no se sienten tan solas. Una Oda a los delirios, sobretodo de

Grandiosidad, que ayudan a reestructurar autoestimas dilaceradas por el alejamiento tan común, que alimenta el aislamiento en las historias de vida con enfermedad mental.

Las personas que formaron parte de este trabajo provienen de grupos sociales diversos, sea en sus familias, comunidades, ciudades, organizaciones, hospitales... En cada uno de estos contextos, difieren las experiencias personales de personas también diferentes a partir de categorías de las que forman parte, sea por el género, sea por el estrato social, el nivel de escolaridad, la etnia, la convicción religiosa. Para cada persona, estas categorías ofrecen una marca singular, personalizada, a partir de sus propias lecturas de mundo, que son compartidas en procesos relacionales. En muchos lugares, la experiencia de enfermedad adquiere una dimensión moral más importante que puramente corporal, apuntando características éticas relativas al comportamiento de las personas involucradas, mostrándonos que la enfermedad forma parte del todo, de un contexto que la construye y al mismo tiempo, es construido por ella.

Hoy en día, mucho más que explicar, tenemos la necesidad aún mayor de comprender los fenómenos de la mente humana. Más que los síntomas de la patología en sí, lo que lleva a la persona enferma a buscar un servicio de salud es el malestar, sea el malestar personal, sea el malestar de la familia con la manifestación de los síntomas de su patología. De esta manera, compete al equipo médico utilizar estrategias para percibir de qué modo la manifestación de los síntomas puede estar manifestando también aspectos psicosomáticos de sus dificultades e incomprendiones en la vida, ayudando a la persona que sufre a identificar el origen del malestar, estableciendo caminos para una posible curación y comprensión de las situaciones incurables.

El pronóstico social de la esquizofrenia involucra un fuerte factor de aislamiento de la persona afectada. Sus actividades rutinarias pasan a ser completamente diferentes de las de una persona saludable. Y una enfermedad crónica también implica características y consecuencias completamente diferentes de otra enfermedad, cuya atención implica una menor cantidad de tiempo y cuidados.

Las enfermedades agudas normalmente aproximan a las personas, a través de los cuidados que le son dispensados pasa a centrar la atención de la familia en su persona. En la enfermedad crónica, pasado el tiempo inicial, el cuidado cae en la rutina pudiendo empezar a perder su fuerza, y las relaciones familiares que podrían ser rescatadas al volverse más cercanas, peligran errando hacia el camino del abandono. Si la persona necesita atención integral, se acaba convirtiendo en una carga y la familia tiende a optar por el ingreso, alegando la falta de condiciones para su cuidado.

Al mismo tiempo, la enfermedad también trae un perímetro libre de obligaciones sociales, de responsabilidades y tareas profesionales (incluyendo la escuela). La dependencia de la persona enferma mental se reduce a cero o casi a cero en algunos casos contados. Muchas veces ni para los propios médicos la palabra de la persona enferma tiene credibilidad y cuando las personas se dan cuenta, buscan otras formas alternativas de tratamiento, como la brujería, el tratamiento religioso – estos casos han aumentado año tras año. Podemos pensar que este hecho representa una respuesta a la insatisfacción por la dificultad de la medicina tradicional en considerar a la persona enferma de manera holística, completa y otras veces por el propio lenguaje manejado por los médicos, que utilizan términos científicos o diminutivos, un indicativo al mismo tiempo de poder y piedad por el estado de la persona enferma, ignorando muchas veces el carácter transitorio de las crisis y episodios delirantes y la manera con la que cada persona lidia con cada uno de estos factores en su vida, con su familia o en el contexto de su comunidad.

Todas estas personas tienen una voluntad de curación desmedida, el encierro moral, el encierro social alimenta delirios con experiencias reales al margen de la compleja red de posibilidades actuales y la no comprensión de estos límites produce el miedo a vivir una enfermedad dolorosa añadido al miedo de hacerse daño, de dañar a los demás, de no controlar sus propios pensamientos... la posibilidad de entregarse a las ideas delirantes y seguir sus indicaciones, sobre todo las órdenes que les dan, de nuevos significados atribuidos a los antiguos símbolos.

El imaginario del hombre está repleto de símbolos, de imágenes llenas de sentidos afectivos universales que pueden ser trasladados al inconsciente. Y si entendemos el inconsciente como el depositario de significados, grandes serán las sorpresas cuando de la manifestación y expresión de estas imágenes que todavía no las podemos prever, pero así mismo reconocerlas como universales por esteren haciendo parte del inconsciente colectivo de la humanidad.

No podemos decir que el imaginario es lo contrario de lo real, que sea una negación de la realidad. El imaginario es una realidad que puede ser cambiada y es en este contexto cuando el delirio toma protagonismo y cambia la percepción de la realidad – y no la realidad misma – desplazándola para suplir sus faltas, sanar sus heridas, transfigurando la idea del real para sanar las necesidades del hombre.

El hombre no es una isla aislada y por eso no sería posible deshacer su contacto con la cultura a la que pertenece ni tampoco la falta que este contacto le haría sino hubiera hecho parte de su vida. Lo que intentamos mostrar en este trabajo ha sido la expresión de contenidos que están en el ‘área’ inconsciente a través de los delirios, es decir, contenidos que ni el propio hombre tiene conocimiento y son alimentados de vivencias reales distorsionadas. La persona, por estar delirando, no se alejará de su realidad, de su medio, de su cultura y durante todo ese tiempo estará conviviendo con las normas, costumbres y patrones con los que tiene que convivir, pero las convicciones formuladas por su delirio no respetan las reglas de estas normas, costumbres y patrones reales. Las ideas surgen de un sustrato más profundo, donde estas reglas no regulan y su canon principal es un no compromiso con la realidad. La persona que delira tiene la noción de reglas de parentesco, de rituales sagrados, de fiestas, de creencias religiosas, de arquitectura, literatura y tantas otras esencias culturales del pueblo del que forma parte; su delirio es el que aparece completamente destituido de estas reglas y de todas las otras que intentemos imponerle en un intento frustrado de adecuarlo a una realidad estandarizada, porque para eso no sería delirio, la propia realidad que tiene ya le ofrece el sufrimiento; el delirio surge para intentar amenizar la amargura a partir de una relectura de la realidad amenazadora.

El contenido delirante es un contenido donde nadie puede decidir en qué momento se tiene acceso, pero que él tiene autonomía para aparecer cuando cree necesario, especialmente como un mecanismo de defensa y reestructuración del yo, pues la persona enferma mental vive muchas veces acumulando sufrimiento, de manera que para muchas, el delirio también puede funcionar como una especie de alivio o consuelo. Lo que intentamos mostrar en este trabajo es que cuando delira, la persona está destituida de su trama social, de los costumbres de su cultura y aún más de lo que haya aprendido como valores morales.

Siendo los delirios juicios patológicamente falseados, como ha explicado Jaspers (1979), este proceso de definición de verdad o no, sigue un camino cultural – no podemos omitir esta idea – pero el compromiso del juicio con la realidad culturalmente definida como aceptable, no funciona y por lo tanto, la argumentación lógica de la experiencia no consigue presentarle batalla. El delirio es indiscutible, él simplemente es, hasta que la idea se vaya de la misma manera inexplicable que haya llegado.

Como hemos dicho en el capítulo sobre los mitos, los delirios son libres y, además de libres, son profundos y nacen en las entrañas del hombre, donde reina el inconsciente. Los delirios suplen faltas, realizan sueños, hacen creer que son dioses a personas olvidadas y rechazadas por sus familias. También presentan inculpados por hechos no realizados realmente, amenazan de muerte, embarazan a mujeres. Los delirios surgen como justificaciones – infundadas – pero justificaciones que para aquella persona, en aquel momento, contestan sus dudas internas con un sentido pleno.

De esta manera, afirmamos la no confirmación de nuestra primera hipótesis, que planteó: «*Los delirios están inscritos en la cultura, donde su contenido respeta los parámetros culturales de un pueblo*». A partir de nuestro trabajo, hemos podido conocer personas con vivencias diversas, del campo y de la ciudad en tres continentes, sufriendo diferentes influencias socio-culturales y padeciendo de la misma enfermedad. Convergían en muchos de los síntomas de su enfermedad esquizofrénica y también en el contenido de sus delirios, apuntando así para un camino congruente en el que

personas diferentes, en tres puntos diferentes del planeta, suelen inconscientemente construir representaciones semejantes cuando están en un momento de delirio.

No nos permitiríamos confirmar esta hipótesis si observamos a personas que conscientemente son practicantes de su religión y han puesto en duda la honestidad de la Virgen en un momento de delirio, hecho que, en estado consciente, difícilmente sería posible presenciar. También presenciamos a gente de otros países delirando en Cabo Verde y manteniendo los mismos contenidos que las personas nativas. Los delirios no se combinan solamente entre los grupos que pueden ser categorizados. No, ellos se combinan según su sentido, su contenido, en imágenes, la lectura de las ideas delirantes es muy semejante.

Los contenidos de los delirios no están encerrados en un territorio cultural. No hemos observado diferencias significativas entre los contenidos de los delirios presentados en este trabajo respecto a la influencia de la cultura. Porque los delirios son, ante todo, humanos, están presentes en la naturaleza humana, aflorando en las personas afectadas por la esquizofrenia. Entre las ideas delirantes no hemos establecido una categoría de hechos culturales, lo que percibimos es la ausencia de reglas y costumbres, pues los trazos culturales parecen desconectados de su orden, de su espacio, de su función, siendo posible casarse con la Virgen María, ser hijo del Papa, reconocerse como Jesús, incluso mostrándose de acuerdo con el rol de los tres en la religión católica. A partir de las imágenes de delirios producidas en este trabajo, hemos percibido hechos de la vida antes de la enfermedad guardados en la esencia de los sujetos, representando momentos de nostalgia, de una autonomía de vida perdida a lo largo del tiempo con el agravamiento de la patología, pero no encontramos los hechos presentados organizados continuamente. Lo que encontramos fueron fragmentos de una historia de vida dilacerada por una enfermedad que invalida y bloquea el crecimiento humano. De la misma manera, también percibimos reminiscencias completamente cambiadas por los colores de un delirio que no entiende de límites y continua como un huracán psíquico captando las ideas, estén libres o reprimidas, él cuidará de mezclar todo en una red irreal de nuevas convicciones.

Haciendo un balance de los delirios presentados en este estudio, resumimos lo que hemos encontrado:

<i>Delirio Persecución</i>	<i>Delirio Místico-Religioso</i>	<i>Delirio Grandiosidad</i>	<i>Delirio Influencia</i>	<i>Delirio Hipocondriaco</i>	<i>Delirio negación</i>	<i>Delirio Melancólico</i>	<i>Delirio referencia</i>	<i>Delirio Pasional</i>
CV= 9	CV=6	CV= 7	CV= 6	CV= 0	CV= 2	CV=2	CV= 5	CV= 3
BR= 8	BR= 7	BR= 6	BR= 4	BR= 2	BR= 3	BR= 3	BR= 1	BR= 4
PT=1	PT= 0	PT= 0	PT= 0	PT= 0	PT= 0	PT= 0	PT= 1	PT= 1
Σ=18	Σ=13	Σ=13	Σ=10	Σ=2	Σ=5	Σ=5	Σ=7	Σ=8

A partir de estos datos, observamos que entre la muestra de Brasil y Cabo Verde, es muy estrecha la variación estadística de los delirios, diferenciándose solamente en uno o dos valores, con excepción del delirio de referencia, predominante en Cabo Verde con una diferencia más larga, lo que podemos atribuir a la propia vivencia simbólica de los hechizos. En Cabo Verde se cree que hay mucha gente realizando trabajos de hechicería por venganza y es común que las personas, especialmente las personas mayores, traigan consigo la fuerza de esta creencia y en sus delirios aparezcan aún con más poder cuando se enfrentan a la enfermedad mental. Existe la desconfianza en el otro que puede ser resultado de una proyección inconsciente de la propia desconfianza sufrida, de los miedos y angustias traídos por el descontrol que la enfermedad conlleva. E incluso estos propios miedos y angustias pueden deformarse cuando actúa el delirio, generando la desconfianza infundada, la desconfianza que paraliza por recelo a enfrentar lo que le atemoriza, las referencias despectivas porque nadie le cree y que la persona delirante está segura de estar siendo víctima.

Se nota que el delirio de persecución es el predominante y según la literatura, se ha presentado como predominante en diversos puntos del planeta. Así cómo el delirio hipocondríaco no ha sido encontrado en la muestra de Cabo Verde ni en la de Portugal y en un número no significativo de solamente 02 en Brasil. Los delirios de grandiosidad y místico-religiosos aparecen muchas veces duplicados con otros delirios, son los llamados delirios mistos, que traen dos calidades combinadas de contenidos. Estos son los dos que más intentan suplir la falta del yo, sea a partir de

grandes poderes, de riqueza, de superioridad para la reconstrucción de un yo dilacerado especialmente por el rechazo, donde la persona busca la creencia de que es mucho más de lo que las otras piensan que es. Y los místico-religiosos van a buscar en la sobrenaturalidad las explicaciones de lo que está pasando en su historia, para la etiología de su enfermedad, para alguna desgracia que le haya pasado y cuando estas explicaciones no llegan por la vía empírica, llegan por vía de las creencias, de los poderes místicos que nadie puede medir, de la estrecha relación con seres que guardan poderes sobrenaturales como Dios y el Diablo, donde estos poderes imaginarios se pueden compartir para sanar heridas reales.

De una manera general, tenemos un cuadro de equilibrio y cohesión en términos de números y categorías de ideas delirantes para los dos países que constituyen el foco principal de esta investigación, no surgiendo nada nuevo y diferenciador en Portugal, como una categoría de delirio predominante, por ejemplo.

Encontramos exactamente los mismos números entre los delirios de negación y melancólicos, demostrando la desesperanza presente entre las personas, incluso en sus esencias inconscientes, donde asumen tanto la destrucción de sus cuerpos como la culpabilidad de las desgracias mundanas, apuntando para una pérdida de vitalidad, de capacidad de reaccionar frente a la enfermedad, frente las desgracias de su propio mundo, donde entendemos la necesidad de una reconstrucción del universo simbólico de lo sagrado y de las creencias del hombre, como ya ha dicho Laplantine (1979).

Como hemos presentado anteriormente, el propio Laplantine (Ídem) presenta la noción de enfermedad mental como un proceso acultural y asocial, donde se identifica al hombre con una enfermedad mental cuando pierde el vínculo saludable con la cultura y la sociedad y es después de la pérdida del vínculo, dentro de este nuevo 'ambiente', donde aparecen los delirios, en un escenario acultural, asocial, desvinculado de la realidad, reinventando nuevas posibilidades de suplir las faltas, las búsquedas, la necesidad de completar de quien delira.

Nuestra segunda hipótesis decía que «*Los delirios son parte de la naturaleza humana en situación de enfermedad mental, de manera que tienen un carácter universal*». A partir de los puntos que estudiamos, confirmamos nuestra segunda hipótesis. Lo que hemos encontrado son innumerables semejanzas entre sus contenidos, sus imágenes, sus personajes y la propia narración de su nudo. No tenemos un estudio globalizado de los cuatro puntos del planeta, pero entre los tres países estudiados, podríamos mezclar las ideas delirantes y no saber diferenciarlas en términos de localización geográfica. De esta manera, posiblemente encontremos delirios más semejantes si ampliamos el estudio en otros países y en otros momentos.

Tuvimos mucho cuidado para no caer en el reduccionismo explicativo y apuntar los delirios como categoría natural o social y, al mismo tiempo, negar la participación de una u otra. No hemos encontrado obediencia a la cultura por parte de los delirios, pero hemos encontrado un gran predominio de semejanzas entre las ideas delirantes. Es a través de los delirios que la persona enferma, sin pensar sobre su historia de vida, acaba por proporcionarnos visibilidad de sus contenidos recalcados a partir del lenguaje metafórico utilizado para componer la convicción delirante. Hay una enfermedad que sí puede ser considerada cultural, pues cada cultura presentará su comprensión sobre los síntomas, pero en nuestro caso, la enfermedad es reconocida como tal y con los mismos síntomas en todos los puntos de investigación y nuestro punto en común es el carácter intersubjetivo presentado en el síntoma 'delirio'.

Una persona, a lo largo de su vida, podrá cambiar de país y de cultura y adaptarse a las nuevas costumbres con las que tendrá que convivir, pero hay dentro de uno aspectos que no mutan con el cambio de cultura, son inconscientes, vienen con nuestra naturaleza, entrando en contacto con ellos en la medida en que vamos viviendo y es desde este territorio de donde surgen los delirios.

La cultura se absorbe, forma parte de nosotros a partir de un movimiento de fuera hacia adentro a través del aprendizaje de valores y costumbres que son acumulativos. Los delirios nacen de lo más profundo, donde la cultura no habita de manera normalizada, más allá de sus fronteras, dentro de nosotros, pero en nuestras profundidades, donde ni nosotros mismos tenemos acceso, nuestra naturaleza

virgen y desconocida, nuestra naturaleza inconsciente. Determinar dónde está esta frontera tal vez sea una misión imposible, pero lo que sabemos es que estos dos elementos no comparten el mismo 'espacio' dentro del hombre y que todo lo aprendido culturalmente no tiene importancia cuando el hombre delira, porque en momento de delirio, se accionada la puerta de acceso al inconsciente, se pierden las reglas, la normalidad, el patrón común. El delirio suele cubrir las necesidades de la persona enferma, hasta necesidades instintivas de supervivencia, pero cubriéndolas de forma inmediata y sin importarle las consecuencias. Esto puede pasar con una idea delirante y también puede evolucionar hacia una 'vivencia' delirante, que pueden también desarrollar una especie de apego a este nuevo juicio de realidad y la persona concadenar nuevos juicios delirantes.

El delirio renueva su compromiso con lo real y no con la realidad. La realidad es lo que existe, el hombre, la naturaleza, las cosas y lo real es la representación de esta realidad, la interpretación del hombre. Y para el hombre delirante, no hay necesidad de comprobar esta representación, sino por su percepción subjetiva de lo real. En este sentido, el imaginario en proceso de delirio recrea y reordena la interpretación y la representación de lo real.

Las costumbres sociales locales no consiguen limitar los delirios que disfrutan de una gran incorregibilidad, por más que otras personas consigan explicar a quien delira las imposibilidades de sus contenidos y en sus momentos más lúcidos, consiga percibir que había estado delirando. Poco a poco, con la secuencia de delirios, la persona puede aprender reglas de conducta de lo que no debe hablar y cómo hablar en estos momentos, por ejemplo, pero esto no le garantiza vivir sin delirio ni tampoco cerraría la puerta de acceso al inconsciente, quien verdaderamente le dirige.

Dicho de otra manera, cómo se explica que una persona ha vivido cuatro décadas de su vida en su país de origen, su medio, su cultura y, en menos de cuatro meses se traslada a otro país con otro medio y otra cultura, y, sin embargo, sus delirios siguen siendo semejantes en ambos territorios, sin haber cambiado en términos de contenido. ¿Y una persona que ha vivido en distintas culturas?, en el

momento de delirio, ¿cuál sería la cultura elegida para constituir las bases del delirio? No es posible pensar más en los delirios encerrados en una trama cultural, ellos pertenecen al hombre, a su naturaleza humana, se sitúan entre los sentimientos reprimidos comunes a toda la humanidad.

Entonces, para contestar a nuestra hipótesis de partida, que cuestionaba «*de qué herencia se alimentan los delirios, ¿de la naturaleza humana o de la cultura?*», contestamos diciendo que cuando delira, una persona se desnuda de su envoltura sociocultural, la envoltura que la convivencia con otras personas le ha proporcionado. En el momento de delirio, los contenidos quieren liberarse y la manera como acontece, no sigue ningún patrón cultural, no obedece a ninguna norma social. No hay reglas de familia, de parentesco, de religiosidad, de amistad que seguir. Así que, como ya hemos dicho, no negamos la existencia de la cultura en las representaciones de la enfermedad mental, de la esquizofrenia, pero las normas culturales no se han manifestado entre las líneas que nos han sido narradas y entre los colores pintados y lo que nos hemos encontrado ha sido la presencia de un inconsciente colectivo común, al menos en tres puntos de tres grandes continentes. ¿Es nuestra muestra es suficiente para demarcar la ciencia y definir nuevos parámetros? No, no lo es, pero nuestra idea es la de funcionar como un faro que ilumine nuevas posibilidades, abrir una nueva senda en la comprensión de este fenómeno delirante.

Lo que presentamos son auténticas obras de *Art Brut*, de arte espontáneo, más allá de lo que los patrones culturales oficiales denominan arte, donde consideramos artistas a personas en tratamiento psiquiátrico, que pintan con formas y colores propios mientras la enfermedad les quita las formas y colores de su vida, una actividad que al mismo tiempo les calma y organiza pensamientos partidos y perdidos, capaces de ser condensados en una sola imagen. Sabemos que nadie está inmune a una enfermedad mental, pero ahora también sabemos que el arte puede convertirse en un camino de equilibrio y serenidad, ilustrando estados mentales, ideas no convencionales e incluso los delirios. Poco o ninguno ha sido el contacto de estas personas con el arte antes de este estudio y, para muchas de ellas, solamente su propia enfermedad les ha ofrecido la posibilidad de acercarse a los colores. Y

mientras hablamos de *Outsider Art*, reconocemos es la más genuina expresión del interior de quien hace el arte, considerado marginal, ‘de fuera’.

No es una tarea simple la del ‘investigador del delirio’, y no lo es por la dificultad de empatía, de sentirnos en el lugar de, y poder acompañar la cadena de derivaciones propuestas por las ideas delirantes. Creemos que presentar los delirios de la forma más literal que los oímos, ilustrados por las imágenes producidas por quien delira, puede ser una buena posibilidad de conocimiento de un mundo aún tan oscuro. En el terreno de los delirios, nada está definido, la aprehensión del mundo se da de manera adulterada y rara. Tampoco las personas que deliran saben justificar sus ideas infundadas. Hay informaciones enigmáticas, incomprensibles y así mismo, creídas como únicas y verdaderas.

Finalmente, la única certeza es que siempre tendremos muchas dudas acerca de las enfermedades mentales y que nadie es capaz de conseguir hablar sobre ellas en su totalidad sin haberlas vivido, ya que todo lo que conocemos es sólo lo que escuchamos y observamos de las personas, pero nunca conseguiremos escuchar y observar las voces de sus silencios guardados en los rincones de sus ‘almas’, donde muchas veces ni siquiera ellas consiguen acceder y otras veces se asustan con lo que encuentran por saber que están dentro de ellas. Quizá el delirio sea una manera de convivir con estos contenidos aterradores que viven dentro de nosotros y que muchos aún no lo hemos encontrado...

Nuestras ideas sobre la locura aún necesitan un aroma más ‘saludable’. La enfermedad mental aún es una enfermedad tan llena de mitos y mistificación, tan cargada de una fatalidad inevitable que desnuda nuestra incapacidad, la pobreza de nuestras actitudes, nuestra incapacidad de construir una sociedad más humana, que estamos constantemente justificándonos a lo largo de la historia, pero también, agrupando a unos pocos que creen que la noción secular de locura amalgamada con la exclusión se volverá obsoleta, reflejando una sociedad verdaderamente resignada delante de todo lo que ya fue vivido por la trayectoria de la locura en el mundo y apta a construir nuevos caminos en el largo pasaje de acceso a la vida saludable que deseamos vivir.

Hay una moraleja en la obra “El Caballero Inexistente”, de Calvino (1997): *A existir también se aprende*. Quizás para delirar haya también una enseñanza.

Entonces digo que en este contexto de las enfermedades mentales tan lleno de misterios e interrogaciones es preciso creer y creer siempre, en todo y en nada, en lo que se ve y en lo que se dice que se está viendo, en lo que se oye y en lo que aún no se ha oído y tener con estas personas una relación de mucha atención, de mucho cuidado, pues es lo que más necesitan en sus vidas. Y en cuanto a mí, sólo puedo agradecerles los pasos que me enseñaran a dar, los riesgos que me enseñaran a correr, las historias que me enseñaron a oír, la vida que me enseñaron a ver y especialmente la lúcida comprensión al abrirme los brazos, a mí y a mi trabajo, para que pudiésemos pasear por tantos contenidos y haberme regalado sus convicciones delirantes ‘en nombre de la ciencia’. Y se lo agradezco ofreciéndoles flores, lirios. Lirios para sus delirios. Lirios en nombre de mi gratitud. Quedo para siempre agradecida y por ello, creo que cada día:

*«Hay que recuperar el lino grueso del silencio,  
Su trama y trigo,  
Los caminos aislados del silencio, habitados por la memoria.  
Y la amplia seda casi en ruinas  
De los mares donde la luna es el pescado.  
Tenemos que recuperarla,  
Barco por barco, hilo por hilo,  
Para poder soñar de nuevo.  
Hay que recuperar el pan repartido,  
El mapa escrito en la piel del otro,  
Su intimidad y la partitura,  
Hechas con el mismo tejido de las estrellas.  
Y entonces, delante de la reinvencción del fuego,*

*Frente al sol, el viento y la lluvia,*

*Extender las manos».* (Roseana Murray, Poetisa de Brasil).

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, A. (1994). *Estudios de Etnopsicología y Etnopsiquiatria*. Barcelona: Marcombo.
- Aguirre, A. (1995). Psicología Cultural, in *Antropologica*. V.17, pp.47-69.
- Aguirre, A. (2002). Demarcación de la Psicología Cultural, in *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, v.11, n°1, pp.92-117.
- Álvarez, J. M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
- Amarante, P. [Org.] (1995). *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENESP.
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – DSM-IV*, Fourth Edition. American Psychiatry Association.
- American Psychiatric Association – APA. (2004). *Practice Guideline the treatment of patients with schizophrenia*, 2<sup>nd</sup> ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Bachelard, G. (1989). *A água e os Sonhos: Ensaio sobre a Imaginação da Matéria*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bachelard, G. (1990). *Fragmentos de uma Poética do Fogo*. São Paulo: Brasiliense.
- Bachelard, G. (1991). *A Terra e os Devaneios da Vontade : Ensaio sobre a Imaginação das Forças*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ballak, L. & Lobel, L. (1969). *The Schizophrenic Syndrome*. London : Grune-Stratton.
- Bastide, R. (1977). *Sociologie des maladies mentales*, Paris: Flammarion.
- Batel, P. (2000). Addiction and Schizophrenia. *Eur. Psychiatry*, 15:115-22.
- Benedict, R. (1934). *Patterns of culture*. New York: Houghton Mifflin.
- Bleuler, E. (2000). Demência Precoce – o conceito da enfermidade. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, v.2, n°4, pp.164-169.
- Boas, F. (2004). *Antropologia Cultural*. Rio de Janeiro: Jorge Zarah Editora.

- Brown, D. (2000). *Arte Terapia: Fundamentos*. São Paulo: Vitória Régia.
- Calvino, I. (1990). *As Cidades Invisíveis*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Calvino, Í. (1997). *El Caballero Inexistente*. Madrid: Editorial Siruela.
- Canguilhem, G. (1999). *Le normal et le pathologique*. Paris : Quadrige/PUF.
- Chalub, M. (1977). *Temas de Psicopatologia*. Rio de Janeiro : Zarah.
- Chevalier, J. y Gheerbrant, A. (2000). *Dicionário de Símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Consoli, S. (1980). La mise en place des interlocuteurs dans le discours du schizophrène. *L'Evolution Psychiatrique*, 45(2), 253.
- Cooper, D. (1978). *A Linguagem da Loucura*. Portugal: Presença.
- D'Ottaviano, V.S. (2005). A loucura e a arte. *Argumento - Revista das Faculdades de Educação, Ciências e Letras e Psicologia Padre Anchieta*. Jundiaí, ano VII, N.13, p.77-84.
- Dalgalarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dubuffet, J. (1987). *L'Art brut préféré aux arts culturels* [1949] in: *Art brut. Madness and Marginalia*, special issue of *Art & Text*, No. 27.
- Descartes, R. (1999) .Crítica da Razão Pura. *Os Pensadores*. São Paulo: Nova Cultura.
- Devereux, G. (1970). *Ensayos de Etnopsiquiatria General*. Barcelona: Barral
- Durand, G. (2000). *A imaginação simbólica*. Lisboa: Edições 70.
- Durkheim, É. (1978). Quelques remarques sur le groupements professionnels (Preface de la seconde édition), in *De la División du Travail Social*. Paris: PUF.
- Eizirik, M. F. (2003). Por que fazer pesquisa qualitativa? *Revista brasileira de psicoterapia*, v. 5, n. 1.
- Eliade, M. (1987). *A Provação do Labirinto*. Lisboa: Dom Quixote.
- Espina Barrio, A. (2005). *Manual de Antropologia Cultural*. Recife: Massangana.

- Esquirol (1838), in Pessotti, I. (1996). *O Século dos Manicômios*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Esquirol (1914). Delire in *Dictionnaire des Sciences Medicales*, vol.VIII, Paris : s/e.
- EvansPritchard, E. E. (2005). *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Ey, H. (1952). *Antropologie du Malade Mental*. Paris: Esprit.
- Fanon, F. (1979). *Os Condenados da Terra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Foucault, M. (1984). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Editora Tempo brasileiro.
- Foucault, M. (2005). *A história da loucura na idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Freud, S. (1908) Escritores criativos e devaneio. In: Freud, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. IX.
- Freud, S. (1924a). Uma neurose demoníaca no Século XVII. In Freud, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1977, Vol. XIX.
- Freud, S. (1924b). A perda da realidade na neurose e psicose. In Freud, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1977, Vol. XIX.
- Freud, S. (1970). *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freyre, G. (1943). En torno do problema de uma Cultura Brasileira, in *Philosophy and Phenomenological Research*, Vol.4, N°2, Papers and Discussions of the First Inter-American Conference of Philosophy, International Phenomenological Society, pp.167-171. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/2103064>, consultado en 07/10/2008.
- Freyre, G. (2004). *Sociologia da Medicina*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília.
- Galeano, E. (2001). *O livro dos Abraços*. Porto Alegre: L&PM.
- Geertz, C. (1989). *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Godfryd, M. (2008). *Les Maladies Mentales de l'Adulte*. Paris : PUF.

- Goffman, E. (2005). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: perspectiva.
- Gomes, I. (2007). *Psicopatologia*. Mindelo: Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro.
- Hall, J.A. (1983). *Jung e a Interpretação dos Sonhos*. São Paulo: Cultrix.
- Hammer, M. (1972). Schizofrenia: Some questions of definition in cultural perspective, in Kaplan, A.R., *Genetic Factors in 'Schizophrenia'*, Ch.C.Thomas, Springfield: Illinois.
- Hanes, M. J. (2000). Catharsis in art therapy: a case study of a sexually abused adolescent. *American Journal of Art Therapy*, v. 38, p. 70-74.
- Helman, C. (1994). *Culture, Health & Illness*. Oxford : Butterworth Heinemann.
- Hoggard, R. (1970). *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Paris : Les éditions de Minuit.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Jung, C. G. (1925). *Lo inconsciente en la vida psíquica normal y patológica*. Buenos Aires: Losada.
- Jung, C.G. (1982). *Aion: Estudos sobre o Simbolismo de Si-mesmo*. Petrópolis: Vozes.
- Jung, C.G. (1986). *Símbolos de transformação*. Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1990). *Psicogênese das Doenças Mentais*. Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1994). *Psicologia e Alquimia*. Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1995). *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Paidós.
- Jung, C.G. (1999). *Psicogênese das doenças mentais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Jung, C. G. (2000). *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Jung, C.G. (2005). *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Kaplan, H.I; Sadock, B. J.(1989). *Tratado de Psiquiatria – Tomo I*. Barcelona: Salvat.
- Klee, P. (1959). *The Inward Vision: Watercolors, Drawings, Writings by Paul Klee*. New York: Harry N Abrams Book.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the context of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives – Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A.(1992). Local Worlds of Suffering: An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience, in *Qualitative Health Research*, n.º 2 (2), pp.127-134.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. & Kleinman, J. (1991). Suffering and its Professional Transformation: Toward an Etnography of Interpersonal Experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 (3), 275-301.
- Lacan, J. (1993). *Livro 11. Os Quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplantine, F. (1978). *Etnopsiquiatria*. Lisboa: Editorial Veja.
- Laplantine, F. (1979). *Introducción a la Etnopsiquiatria*. Barcelona: Gedisa.
- Laplantine, F. (s/d). *O que é imaginário*. São Paulo: Brasiliense.
- Leandro, M.E.; Machado, J.C.; Gomes, R. (2007). “Promoção da Saúde e Prevenção da Doença: Realidades e Miragens nas Famílias Portuguesas” in Pereira, Graça (Org.), *Psicologia da Saúde Familiar: Aspectos Teóricos e Investigação*, Lisboa: Climepsi Editores, pp. 267-294.
- Lévi-Strauss, C. (1995). *Antropología Estructural*. Barcelona: Paidós.
- Lewis, G. (1981). Cultural Influences on Illness Behavior: A Medical Anthropological Approach. *The Relevance of Social Science for Medicine*.
- Lidz T. & Flacks, S. (1960). *Human Integration and the Role of the Etiology of Schizophrenia*, New York, Ed. Jackson DD, Basic Books.

- Lopes Filho, J. (2002). As Estórias na Cultura Cabo-Verdiana, in *Revista Africana*, nº25, Porto: Centro de Estudos Africanos e Orientais, Universidade Portucalense.
- Loyola, M.A. (1987). Rezas e Cura de Corpo e Alma, in *Ciência Hoje*. Rio de Janeiro, vol.6, nº35, pp.34-43.
- Lurker, M. (1997). *Dicionário de Simbologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Machado de Assis, J.M. (1982). *O Alienista*. São Paulo:Ática.
- Marsella A.J.; Kameoka, V.A. (1989). *Ethnocultural Issues in the Assessment in Psychopathology*. Washington: American Psychiatric Press.
- May, R. (2007). *O Homem à procura de si mesmo*. Petrópolis: Vozes.
- Melo, W. (2001). *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro: Imago.
- Miyamoto S., LaMantia A. S., Duncan G. E., Sullivan P., Gilmore J. H., Liberman J. A. (2003). Recent avances in the neurobiology of schizophrenia. *Molecular interventions*, 3(1):27-39.
- Nobre de Melo, A. L. (1979). *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Noronha, M. (1986). *Hospitalismo – Sintoma da Doença Institucional – Contribuições Etnopsiquiátricas*. Ver. ABP-APAL, vol.8, nº4, pp.144-147.
- Nunes, E.P. (1976). *Obsessão e delírio: neurose e psicose*, Rio de Janeiro: Imago.
- Organização Mundial da Saúde – OMS- (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2010). *Salud Mental: fortalecimiento de nuestra respuesta*. Nota descriptiva N°220, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/index.html>, consultado en 10.02.2011.

Osório, O. *Cantigas de Trabalho*, edição Comissão Nacional para as Comemorações do 5º Aniversário da Independência de Cabo Verde, coleção Tradições Oraís de Cabo Verde, Plátano Editora, s/l, s/d, p.18.

Parsons, T. (1951). *The Social Systems*. New York: The Free Press.

Parsons, T. (1974). *O sistema das sociedades modernas*. São Paulo: Pioneira.

Paul, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Pelbart, P. P. (1989). *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: Loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense

Pereira, L.S. (1993). Medicinas Paralelas e Prática Social, in *Sociologia Problemas e Práticas*, n.º 14, Lisboa, pp. 159-175.

Pessoa, F. (2002). *Poesias*. Porto Alegre: L&MPocket.

Pessotti, I. (1996). *O Século dos Manicómios*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Philippini, A. (2000). *Cartografias da coragem, rotas em arteterapia*. Rio de Janeiro: Pomar.

Quartilho, M.J.R. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do sintoma à experiência*. Coimbra: Quarteto.

Quevedo y Villares, F.G. (1869). *El Parnaso Español o Las Nueve Musas Castellanas*. Barcelona: Librería de Lance de Ramón Pujal.

Ribeiro, D. (1975). *Los Brasileños - Teoría del Brasil*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Rivers, W. H. R., 1924, *Medicine, magic and religion*, in <http://books.google.com>, consultado en 27.11.2009.

Romey, G (2005). *Dictionnaire de la Symbolique des rêves*. Paris : Albin Michel Éditions.

Saúde, Ministério da (2004). Saúde Mental e Doenças Psiquiátricas, in *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, Lisboa.

Silveira, N. (1981). *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.

- Silveira, N. (1989). Um homem em busca do seu mito, in Lucchesi, M. (Org.) *Artaud: A Nostalgia do Mais*. Rio de Janeiro: Alhambra.
- Silveira, N. (1992). *O Mundo das Imagens*, São Paulo: Ática.
- Silveira, N. (1993). *Dossiê Nise da Silveira*. *Rio Artes*, nº10, ano2, pp.16-24.
- Sims, A. (1995). *Symptoms in the mind: Na introduction to descriptive psychopathology*. Londres: Saunders.
- Sonenreich, C. (1977). *Esquizofrenia: A literatura e a clínica dos casos assim chamados*. São Paulo: Manole.
- Sontag, S. (1998). *A doença como metáfora e A Sida como metáfora*. Lisboa: Quetzal.
- Thomas, L.V. (1978). *Mort et pouvoir*. Paris : Payot.
- Tolosana, C.L. (1983). *Antropología Social y Hermenéutica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Unamuno, M. (1964). *Vida de don Quijote y Sancho*. Vol., 11, Montevideo: Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social, Col. de autores de la literatura universal.
- Unamuno, M. (1986). *El sentimiento trágico de la vida*. Madrid: Alianza.
- Van Gogh, V. (2004). *Cartas a Theo*. Buenos Aires, Adriana Hidalgo Editora.
- Venâncio, J.C. (2005). *A dominação colonial: protagonismos e heranças*. Lisboa: Estampa.
- Venâncio, J.C. (2008). A África renascida na perspectiva de três dos seus pensadores, in *Massangana*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A. and Hochman, K.M. Schizophrenia: Etiology and course. *Annu.Rev.Psicol.* 2004;55:401-30.
- Weber, M. (1965). *Essais sur la Théorie de la Science*. Paris : Plon.
- Weber, M. (2006). *Sociologia das Religiões e Consideração Intermediária*, Lisboa: Relógio d'Água)

- Winner, E. (1982). *Invented Worlds: The Psychology of the Art*. Cambridge: Harvard Press.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- World Health Organization – WHO. (1998). *Schizophrenia and public health*.
- Yemonjá, M.B. (1997). *Caroço de Dendê, A sabedoria dos Terreiros – como ialorixás e babalorixás passam conhecimentos a seus filhos*. Rio de Janeiro: Pallas.

## ANEXOS

### (ANEXO 1)

## CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

### RESOLUÇÃO Nº 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **RESOLVE:**

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

#### I - PREÂMBULO

A presente Resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991). Cumpre as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata: Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 (dispõe sobre as condições de atenção à saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes), Lei 8.142, de 28/12/90 (participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde), Decreto 99.438, de 07/08/90 (organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde), Decreto 98.830, de 15/01/90 (coleta por estrangeiros de dados e materiais científicos no Brasil), Lei 8.489, de 18/11/92, e Decreto 879, de 22/07/93 (dispõem sobre retirada de tecidos, órgãos e outras partes do corpo humano com fins humanitários e científicos), Lei 8.501, de 30/11/92 (utilização de cadáver), Lei 8.974, de 05/01/95 (uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente

de organismos geneticamente modificados), Lei 9.279, de 14/05/96 (regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial), e outras.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica em revisões periódicas desta Resolução, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, deve cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas.

## **II - TERMOS E DEFINIÇÕES**

A presente Resolução, adota no seu âmbito as seguintes definições:

**II.1 - Pesquisa** - classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

**II.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos** - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

**II.3 - Protocolo de Pesquisa** - Documento contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e à todas as instâncias responsáveis.

**II.4 - Pesquisador responsável** - pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

**II.5 - Instituição de pesquisa** - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas.

**II.6 - Promotor** - indivíduo ou instituição, responsável pela promoção da pesquisa.

**II.7 - Patrocinador** - pessoa física ou jurídica que apoia financeiramente a pesquisa.

**II.8 - Risco da pesquisa** - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

**II.9 - Dano associado ou decorrente da pesquisa** - agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexos causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

**II.10 - Sujeito da pesquisa** - é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

**II.11 - Consentimento livre e esclarecido** - anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

**II.12 - Indenização** - cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano a ela submetida.

**II.13 - Ressarcimento** - cobertura, em compensação, exclusiva de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa.

**II.14 - Comitês de Ética em Pesquisa-CEP** - colegiados interdisciplinares e independentes, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

**II.15 - Vulnerabilidade** - refere-se a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

**II.16 - Incapacidade** - Refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

### **III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

**III.1** - A eticidade da pesquisa implica em:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (*autonomia*). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (*beneficência*), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (*não maleficência*);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (*justiça e equidade*).

**III.2-** Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

**III.3 -** A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências:

a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

b) estar fundamentada na experimentação prévia realizada em laboratórios, animais ou em outros fatos científicos;

c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

d) prevalecer sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;

e) obedecer a metodologia adequada. Se houver necessidade de distribuição aleatória dos sujeitos da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, *a priori*, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro através de revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;

f) ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica;

g) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal;

h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa, devendo ainda haver adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto;

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico - financeiro;

j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis. Nestes casos, o direito dos indivíduos ou grupos que queiram participar da pesquisa deve ser assegurado, desde que seja garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida;

l) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades;

m) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. O projeto deve analisar as necessidades de cada um dos membros da comunidade e analisar as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito às mesmas;

n) garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;

o) comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima;

p) assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

q) assegurar aos sujeitos da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento ou de orientação, conforme o caso, nas pesquisas de rastreamento; demonstrar a preponderância de benefícios sobre riscos e custos;

r) assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto;

s) comprovar, nas pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os sujeitos das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacionais co-responsáveis pela pesquisa. O protocolo deverá observar as exigências da Declaração de Helsinque e incluir documento de aprovação, no país de origem, entre os apresentados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição brasileira, que exigirá o cumprimento de seus próprios referenciais éticos. Os estudos patrocinados do exterior também devem responder às necessidades de treinamento de pessoal no Brasil, para que o país possa desenvolver projetos similares de forma independente;

t) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo;

u) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

v) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem, ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objetivo fundamental da pesquisa;

x) propiciar, nos estudos multicêntricos, a participação dos pesquisadores que desenvolverão a pesquisa na elaboração do delineamento geral do projeto; e

z) descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que a aprovou.

#### **IV - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

**IV.1** - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) os métodos alternativos existentes;
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e) a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;
- f) a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e
- i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**IV.2** - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

**IV.3** - Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

- a) em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

**b)** a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;

**c)** nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

**d)** as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:

- documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);
- consentimento explícito dos familiares e/ou do responsável legal, ou manifestação prévia da vontade da pessoa;
- respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo;
- sem ônus econômico financeiro adicional à família;
- sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;

**e)** em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;

**f)** quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

## **V - RISCOS E BENEFÍCIOS**

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

**V.1** - Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;

b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado;

c) o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

**V.2** - As pesquisas sem benefício direto ao indivíduo, devem prever condições de serem bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

**V.3** - O pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime.

**V.4** - O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

**V.5** - O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

**V.6** - Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

**V.7** - Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

## **VI - PROTOCOLO DE PESQUISA**

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

**VI.1** - folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

**VI.2** - descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:

- a) descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;
- b) antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;
- c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);
- d) análise crítica de riscos e benefícios;
- e) duração total da pesquisa, a partir da aprovação;
- f) explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;
- g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;
- h) local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa;
- i) demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;
- j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;
- l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;
- m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não; e
- n) declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.

### **VI.3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa:**

- a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Expôr as razões para a utilização de grupos vulneráveis;
- b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;

c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimens, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins;

d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos. Fornecer critérios de inclusão e exclusão;

e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;

f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;

g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos. Descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade; e

h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa. A importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa.

**VI.4** - qualificação dos pesquisadores: "Curriculum vitae" do pesquisador responsável e dos demais participantes.

**VI.5** - termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

## **VII - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

**VII.1** - As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa- CEP, conforme suas necessidades.

**VII.2** - Na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

**VII.3 - Organização** - A organização e criação do CEP será da competência da instituição, respeitadas as normas desta Resolução, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento.

**VII.4 - Composição** - O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros. Sua constituição deverá incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Poderá variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas.

**VII.5** - Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

**VII.6** - No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante, como membro "ad hoc" do CEP, para participar da análise do projeto específico.

**VII.7** - Nas pesquisas em população indígena deverá participar um consultor familiarizado com os costumes e tradições da comunidade.

**VII.8** - Os membros do CEP deverão se isentar de tomada de decisão, quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

**VII.9 - Mandato e escolha dos membros** - A composição de cada CEP deverá ser definida a critério da instituição, sendo pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares. A escolha da coordenação de cada Comitê deverá ser feita pelos membros que compõem o colegiado, durante a primeira reunião de trabalho. Será de três anos a duração do mandato, sendo permitida recondução.

**VII.10 - Remuneração** - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação.

**VII.11 - Arquivo** - O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

**VII.12 - Liberdade de trabalho** - Os membros dos CEPs deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de

pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.

### **VII.13 - Atribuições do CEP:**

**a)** revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

**b)** emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- aprovado;

- com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;

- retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

- não aprovado; e

- aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -CONEP/MS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

**c)** manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

**d)** acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

**e)** desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

**f)** receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como anti-ética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

g) requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias; e

h) manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS.

#### **VII.14 - Atuação do CEP:**

a) A revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.

b) Cada CEP deverá elaborar suas normas de funcionamento, contendo metodologia de trabalho, a exemplo de: elaboração das atas; planejamento anual de suas atividades; periodicidade de reuniões; número mínimo de presentes para início das reuniões; prazos para emissão de pareceres; critérios para solicitação de consultas de *experts* na área em que se desejam informações técnicas; modelo de tomada de decisão, etc.

### **VIII - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/MS)**

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para o funcionamento pleno da Comissão e de sua Secretaria Executiva.

**VIII.1 - Composição:** A CONEP terá composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deverá ser composta por 13 (treze) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo 05 (cinco) deles personalidades destacadas no campo da ética na pesquisa e na saúde e 08 (oito) personalidades com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que pelo menos um seja da área de gestão da saúde. Os membros serão selecionados, a partir de listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEP registrados na CONEP, sendo que 07 (sete) serão escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e 06 (seis) serão definidos por sorteio. Poderá contar também com consultores e membros "ad hoc", assegurada a representação dos usuários.

**VIII.2** - Cada CEP poderá indicar duas personalidades.

**VIII.3** - O mandato dos membros da CONEP será de quatro anos com renovação alternada a cada dois anos, de sete ou seis de seus membros.

**VIII.4 - Atribuições da CONEP** - Compete à CONEP o exame dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como a adequação e atualização das normas atinentes. A CONEP consultará a sociedade sempre que julgar necessário, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

- a) estimular a criação de CEPs institucionais e de outras instâncias;
- b) registrar os CEPs institucionais e de outras instâncias;
- c) aprovar, no prazo de 60 dias, e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais tais como:
  - 1- genética humana;
  - 2- reprodução humana;
  - 3- fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações;
  - 4- equipamentos, insumos e dispositivos para a saúde novos, ou não registrados no país;
  - 5- novos procedimentos ainda não consagrados na literatura;
  - 6- populações indígenas;
  - 7- projetos que envolvam aspectos de biossegurança;
  - 8- pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior; e
  - 9- projetos que, a critério do CEP, devidamente justificado, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;
- d) prover normas específicas no campo da ética em pesquisa, inclusive nas áreas temáticas especiais, bem como recomendações para aplicação das mesmas;
- e) funcionar como instância final de recursos, a partir de informações fornecidas sistematicamente, em caráter *ex-officio* ou a partir de denúncias ou de solicitação de partes interessadas, devendo manifestar-se em um prazo não superior a 60 (sessenta) dias;
- f) rever responsabilidades, proibir ou interromper pesquisas, definitiva ou temporariamente, podendo requisitar protocolos para revisão ética inclusive, os já aprovados pelo CEP;

g) constituir um sistema de informação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o território nacional, mantendo atualizados os bancos de dados;

h) informar e assessorar o MS, o CNS e outras instâncias do SUS, bem como do governo e da sociedade, sobre questões éticas relativas à pesquisa em seres humanos;

i) divulgar esta e outras normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

j) a CONEP juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para o credenciamento de Centros de Pesquisa. Este credenciamento deverá ser proposto pelos setores do Ministério da Saúde, de acordo com suas necessidades, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde; e

l) estabelecer suas próprias normas de funcionamento.

**VIII.5** - A CONEP submeterá ao CNS para sua deliberação:

a) propostas de normas gerais a serem aplicadas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive modificações desta norma;

b) plano de trabalho anual;

c) relatório anual de suas atividades, incluindo sumário dos CEP estabelecidos e dos projetos analisados.

## **IX - OPERACIONALIZAÇÃO**

**IX.1** - Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desta Resolução e dos documentos endossados em seu preâmbulo. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

**IX.2** - Ao pesquisador cabe:

a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;

b) desenvolver o projeto conforme delineado;

c) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

d) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;

e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;

f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

g) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**IX.3** - O Comitê de Ética em Pesquisa institucional deverá estar registrado junto à CONEP/MS.

**IX.4** - Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co-responsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa.

**IX.5** - Consideram-se autorizados para execução, os projetos aprovados pelo CEP, exceto os que se enquadrarem nas áreas temáticas especiais, os quais, após aprovação pelo CEP institucional deverão ser enviados à CONEP/MS, que dará o devido encaminhamento.

**IX.6** - Pesquisas com novos medicamentos, vacinas, testes diagnósticos, equipamentos e dispositivos para a saúde deverão ser encaminhados do CEP à CONEP/MS e desta, após parecer, à Secretaria de Vigilância Sanitária.

**IX.7** - As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP e/ou CONEP, quando for o caso.

**IX.8** - Os CEP institucionais deverão encaminhar trimestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos.

## **X. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

**X.1** - O Grupo Executivo de Trabalho-GET, constituído através da Resolução CNS 170/95, assumirá as atribuições da CONEP até a sua constituição, responsabilizando-se por:

- a) tomar as medidas necessárias ao processo de criação da CONEP/MS;
- b) estabelecer normas para registro dos CEP institucionais;

**X.2** - O GET terá 180 dias para finalizar as suas tarefas.

**X.3** - Os CEP das instituições devem proceder, no prazo de 90 (noventa) dias, ao levantamento e análise, se for o caso, dos projetos de pesquisa em seres humanos já em andamento, devendo encaminhar à CONEP/MS, a relação dos mesmos.

**X.4** - Fica revogada a Resolução 01/88.

**ADIB D. JATENE**

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

**ADIB D. JATENE**

Ministro de Estado da Saúde

(ANEXO 2)

Consentimento Livre e Esclarecido

**Nome do Estudo:**

Dé lírios a los delirios: dos culturas y el arte de una enfermedad delirante. *Brasil y Cabo Verde bajo una mirada de la Etnopsiquiatria*

(Tradução: Dê lírios aos delírios: duas culturas e a arte de uma doença delirante. Brasil e Cabo verde sob um olhar da Etnopsiquiatria.)

**Nome da Pesquisadora:** Francisca Suassuna de Mello Freyre – Kika Freyre.

**Nome do Participante:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_

**1. Justificativa e objetivos**

Esta pesquisa pretende estudar o conteúdo dos delírios de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, que contem com atividades delirantes em seus sintomas. Com isso, objetivamos conhecer estes conteúdos para compará-los entre os dois países participantes deste estudo. Desta maneira, poderemos, ao final da pesquisa, perceber se os delírios divergem de acordo com a cultura onde a pessoa está inserida, ou se faz parte da natureza humana, mantendo um padrão universal.

**2. Procedimentos**

Será oferecido um Ateliê de Arteterapia, onde os participantes deverão desenhar e pintar imagens que representem suas ideias delirantes. Os participantes serão indicados pela Direção do Serviço e antes de começar o processo arteterapêutico, irão responder alguns questionários sobre sua vida, o início da doença, de antecedentes psiquiátricos e de confirmação de critérios diagnósticos, um questionamento baseado nas questões da consulta psiquiátrica. Receberá orientação prévia de como responder às perguntas e poderá receber ajuda da pesquisadora a qualquer momento, bem como para esclarecer alguma dúvida que por ventura venha a surgir.

**3. Implicações**

Os participantes desta pesquisa poderão desistir da sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimento pessoal ou para os demais participantes. Havendo necessidade da parte do participante, a Direção do Serviço poderá ser contactada a qualquer momento.

**4. Compromissos**

Será mantido o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, garantindo-se que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações e a qualquer momento.

*Afirmo que aceitei participar voluntariamente, por minha própria vontade, sem receber ou contribuir com qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para a obtenção de informações acerca do tema em estudo.*

(local), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

## Identificaci3n y breve caracterizaci3n de los participantes del estudio

Perfil socio-demográfico y cultural de la muestra

### 1. Género

Género	Brasil	Portugal	Cabo Verde
Hombres	15	-	25
Mujeres	15	05	06
TOTAL	30	05	31

### 2. Edad

edad	Brasil	Portugal	Cabo Verde
18-25 años	06		11
26-35 años	05	01	08
36-45 años	14	03	07
> 45 años	05	01	04
TOTAL	30	05	31

### 3. Estado civil

Estado civil	Brasil	Portugal	Cabo Verde
soltero	23	01	25
casado	07	03	05
viudo	-	01	01
Divorciado	-	-	-
otros	-	-	-
TOTAL	30	05	31

### 4. Actividad profesional cuando adoleci3

Actividad profesional	Brasil	Portugal	Cabo Verde
Empleada domestica	04	-	02
Obrero	01	-	08

Profesor	02	-	02
Agricultor	01	-	07
Estudiante	06	01	02
Comerciante	05	-	05
Militar	03	-	01
Desempleado	05	02	02
Otra	03	02	02
TOTAL	30	05	31

## 5. Escolaridad

Escolaridad	Brasil	Portugal	Cabo Verde
Hasta Enseño Básico	08	03	06
6°-10° año	10	02	12
12° año	08	-	10
Formación Profesional		-	-
Universitario inc.	04	.	02
TOTAL	30	05	31

## 6. Religión

Religión	Brasil	Portugal	Cabo Verde
Católica	22	03	15
Protestante	03	-	07
Espírita	01	-	-
Racionalismo cristiano	-	-	02
Otra religión	02	01	03
Sin religión	02	01	04
TOTAL	30	05	31

### 4.9.2. Perfil psiquiátrico de la muestra

#### 1. Inicio del trastorno psiquiátrico (aparición de los primeros síntomas)

Tiempo	Brasil	Portugal	Cabo Verde
Antes de los 18	04	-	-
Entre los 18 y 22	11	04	16

Entre los 23 y 27	07	01	11
Entre los 27 y 31	07	-	04
Después de los 32	01	-	-
TOTAL	30	05	31

**2. Número de ingresos psiquiátricos previos**

Ingresos previos	Brasil	Portugal	Cabo Verde
Es el primer	-	-	04
02 a 04	19	03	12
05 o 06	05	02	11
07 o más	03	-	-
Sin información	03	-	04
TOTAL	30	05	31

**3. Antecedente familiar para trastorno psiquiátrico**

Antecedentes	Brasil	Portugal	Cabo Verde
Padre	02	-	-
Madre	07	01	05
Otro familiar	-	-	-
Sin antecedentes	06	01	05
Sin información	15	03	21
TOTAL	30	05	31

ANEXO 4

**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE ANTECEDENTES**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número da entrevista: \_\_\_\_

**Local da pesquisa:**

1. Sanatório Recife – Recife/Brasil
2. CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Casa Forte – Recife/Brasil
3. Hospital Agostinho Neto – Extensão Trindade – Cidade da Praia/Cabo Verde

**Coleta de Informações:**

1. Apenas com o participante do estudo;
2. Participante e prontuário;
3. Participante e familiar;
4. Participante e profissional de saúde;
5. Participante, profissional de saúde e prontuário
6. Participante, profissional de saúde, familiar e prontuário

**I – Sócio demográfico e cultural**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
3. Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado/País: \_\_\_\_\_
4. Procedência: \_\_\_\_\_ Estado/País: \_\_\_\_\_

**5. Estado civil:**

1. Casado(a)/moram juntos;
2. Solteiro(a);
3. Separado(a) ou divorciado(a);
4. Viúvo(a)

**6. Filhos:**

1. Não;
2. Sim (n ° \_\_\_\_\_)

**7. Profissão (na altura do 1º internamento):**

\_\_\_\_\_

**8. Escolaridade:**

1. Até EBI;
2. 6º - 10º ano
3. Até 12º ano
4. Formação Profissional
5. Universitário Incompleto
6. Não estudou

**9. Religião:**

1. Sem religião
2. Católico
3. Espírita
4. Racionalismo Cristão
5. Protestante
6. Outra

ANEXO 5  
HISTÓRICO PSQUIÁTRICO

I – Introdução à Anamnese Psiquiátrica (Descrição resumida da história psiquiátrica)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

II – Histórico Psiquiátrico

1. **É primeiro episódio psiquiátrico em sua vida?**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

2. **Quantos episódios teve até hoje?**

\_\_\_\_\_

3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

3. **É o primeiro contato com serviço de saúde mental?**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

4. **Há quanto tempo se iniciaram os primeiros sintomas?**

\_\_\_\_\_ (meses ou anos)

5. **Qual o número de internamentos psiquiátricos até o momento?**

\_\_\_\_\_ ( ) Hosp. psiquiátrico comum; ( ) Casa de Custódia;  
( ) Clínica p/ recuperação de adictos ( ) CAPS

6. **Há quanto tempo foi o primeiro internamento psiquiátrico?**

\_\_\_\_\_

7. **Antecedente familiar para transtorno psiquiátrico?**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Quem?

---

---

## II – Auto agressão

### 1. Pensou em se matar, alguma vez em sua vida?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar (em que época, quantas vezes tentou e como foi):

---

---

### 2. Durante sua vida, já tentou se matar alguma vez?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar  
(em que época, quantas vezes tentou e como foi):

---

---

### 3. Durante sua vida, já se feriu ou se machucou de propósito alguma vez?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar  
(em que época, quantas vezes tentou e como foi):

---

---

## III – Dados gerais

### 1. O participante sabe lidar com dinheiro?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar

### 2. O participante sabe andar sozinho de ônibus?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar

### 3. O participante sabe vestir-se sozinho?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar

### 4. O participante entende novelas e/ou filmes na TV?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar

### 5. Segundo avaliação global, a inteligência do participante é:

1. normal    2. rebaixamento limítrofe    3. rebaixamento leve ou moderado

4. rebaixamento grave ou profundo

## ANEXO 6

### CID 10 – Criterios Diagnosticos para la esquizofrenia

**- Reconoce sentir por lo menos uno de los siguientes síntomas:**

- Eco, inserción, bloqueo o irradiación del pensamiento  
(1. Sí 2. No)
- Delirios de control, influencia o pasividad; percepción delirante  
(1. Sí 2. No)
- Alucinaciones haciendo comentarios o discutiendo entre ellas sobre usted  
(1. Sí 2. No)
- Delirios persistentes de otros tipos (ex: celos, religiosidad...)  
(1. Sí 2. No)

**- O por lo menos dos de los siguientes:**

- Alucinaciones persistentes  
(1. Sí 2. No)
- Neologismos (creación de nuevas palabras o lenguas), incoherencia  
(1. Sí 2. No)
- Comportamiento catatónico  
(1. Sí 2. No)
- Síntomas negativos.  
  
(1. Sí 2. No)