



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

EL VÍNCULO ENTRE CREATIVIDAD Y PSICOPATOLOGÍA:
EL CASO DE LA ESQUIZOFRENIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A
CARLOS CAMILO GARCÍA BERNABÉ

JURADO DEL EXAMEN

TUTOR: DR. ALEJANDRO VALDÉS CRUZ
COMITÉ: DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA AGUIARTE
MTRA. LAURA ÁLVAREZ SÁNCHEZ
MTRA. LEONILA ROSA DÍAZ MARTÍNEZ
DR. VÍCTOR MANUEL MAGDALENO MADRIGAL



MÉXICO, D. F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

EL VÍNCULO ENTRE CREATIVIDAD Y PSICOPATOLOGÍA:
EL CASO DE LA ESQUIZOFRENIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A
CARLOS CAMILO GARCÍA BERNABÉ

JURADO DEL EXAMEN

TUTOR: DR. ALEJANDRO VALDÉS CRUZ
COMITÉ: DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA AGUIARTE
MTRA. LAURA ÁLVAREZ SÁNCHEZ
MTRA. LEONILA ROSA DÍAZ MARTÍNEZ
DR. VÍCTOR MANUEL MAGDALENO MADRIGAL



MÉXICO, D. F.

2014

Al agua Pathos...

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
1.- ESQUIZOFRENIA.....	10
1.1 Definición.....	10
1.2 Clasificación, diagnóstico y Epidemiología.....	13
1.3 Teorías y modelos sobre el origen de la Esquizofrenia.....	20
1.3.1 Modelos Biológicos.....	21
1.3.2 Modelos en Psicología.....	25
1.3.3 Modelos Sociales	27
2.- FENOMENOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA.....	28
2.1 Ideas Delirantes.....	29
2.2 Alucinaciones.....	34
2.3 Los sueños, el delirio y las alucinaciones.....	39
2.4 Neuropsicología de la Esquizofrenia.....	40
3.- CREATIVIDAD.....	46
3.1 Definición.....	46
3.2 Tipología.....	48
3.3 Fenomenología.....	51
3.4 Imaginación.....	53
3.5 Otras características.....	55
3.6 Mecanismos Neuropsicológicos.....	56
3.7 Creatividad y Personalidad.....	58
Planteamiento del problema.....	61
Pregunta de Investigación.....	62
Objetivo General.....	63
4. MÉTODO.....	63
Procedimiento.....	63
Análisis y Organización de los datos.....	64
Resultados.....	64

5.- EL VÍNCULO DE LA CREATIVIDAD Y LA PSICOPATOLOGÍA: EL CASO DE LA ESQUIZOFRENIA.....	65
5.1 Creatividad y Psicopatología.....	65
5.2 Esquizofrenia y Creatividad.....	72
6.- DISCUSIÓN.....	79
6.1 Sintomatología.....	81
6.2 Los delirios.....	84
6.3 Las alucinaciones.....	85
6.4 La creatividad como mecanismo psicológico.....	87
6.5 Aspectos psico-biológicos.....	92
6.6 La creatividad artística como una herramienta de intervención en la psicopatología.....	97
6.7 Una propuesta de intervención.....	98
7.- CONCLUSIÓN.....	101
8.- REFERENCIAS.....	102

RESUMEN

Históricamente se ha relacionado a las personas eminentes en las artes y la ciencia con características o padecimientos similares a los encontrados en personas con algún tipo de psicopatología y viceversa. En los últimos años, los científicos han estudiado esta relación, con el objetivo de encontrar vínculos que sirvan de apoyo para generar nuevas formas de intervención, encontrando resultados heterogéneos. En esta investigación documental, me pregunté si existe un vínculo entre creatividad y psicopatología, y si la creatividad puede ser considerada un factor común entre la expresión creativa y la experiencia fenomenológica de la Esquizofrenia. Se realizó un análisis de los trabajos que relacionan las características de las personas altamente creativas con la fenomenología de la Esquizofrenia, vinculando sus componentes genéticos, neuropsicológicos, cognitivos y de personalidad. Se realizó una revisión en las bases de datos especializadas de la DGB UNAM, utilizando palabras clave tales como creatividad y psicopatología. Los datos de los estudios revisados sugieren que sí existe una relación directa entre creatividad y psicopatología. Rescatar la idea de la creatividad como mecanismo neuropsicológico o habilidad cognitiva característica del ser humano podría generar una forma diferente de contemplar a las personas con esquizofrenia y generar más y mejores modelos de intervención.

INTRODUCCIÓN

La creatividad ha sido uno de los pilares humanos con los que se ha construido, imaginado y proyectado este mundo tal como lo conocemos y tal como lo viviremos en el futuro. A lo largo de la historia y a través de distintas épocas, la ciencia, el arte y la tecnología se han nutrido de personas altamente creativas que han participado en su evolución; personas como Cristóbal Colón, Da Vinci, Buda, Marx, Einstein, etc. fueron llamados “locos” por haber expresado y defendido sus ideales en épocas en las que la idiosincrasia estética, política o científica parecían inmutables, sin saber que aquellas ideas terminarían revolucionando al mundo. A finales del siglo XX surge la curiosidad de conocer las características particulares de estas personas ¿Qué es aquello, o cuáles son las características que los diferencian del resto de la población? ¿Cómo son y por qué? ¿Cómo piensan y qué mecanismos utilizan para crear? De la misma manera, se han acotado y registrado anécdotas, biografías e incluso reportes médicos sobre los problemas que afectaron a estas personas a lo largo de su vida de manera paralela a su actividad creativa; con esta perspectiva se ha sugerido que existe un vínculo entre la personalidad creativa y la sintomatología psiquiátrica, es decir entre la creatividad y la psicopatología. Esta hipótesis no es del todo reciente, sino que también ha sido una inquietud constante a través de la historia, por ejemplo Aristóteles ya hablaba sobre esta posible relación:

“Aquellos que se convirtieron en eminencias en filosofía, políticas, poesía, y artes tienen tendencias hacia la melancolía” (en Chávez 2000; Otero 1996).

Si bien a lo largo de la historia de la humanidad el concepto de “creatividad” se ha transformado desde ser considerado un “don divino” hasta ser considerado una capacidad o habilidad personal, incluso un producto o un proceso específico, sea cual sea la definición que se utilice, en todas las épocas se le ha relacionado con la psicopatología de alguna u otra manera. De esta manera, ha sido común que, por ejemplo, el arte sea considerado como una de las bendiciones de la

civilización, mientras que la enfermedad mental es comúnmente vista como una de las peores tragedias de la humanidad, la creación artística en cualquiera de sus modalidades, ya sea en la producción o en la ejecución podría ser considerada como síntoma de locura si se evaluara con los parámetros de la psiquiatría actual. Asimismo, las características de personalidad, así como los contenidos y las narrativas de las personas que han sufrido alguna enfermedad mental han sido objeto de curiosidad de los artistas dado su carácter expresivo, fuera de lo común pero sobre todo por su contenido altamente creativo.

Entonces, no sería raro preguntarse hoy en día si existen rasgos genéticos, o estructuras funcionales que relacionen la “locura” con el acto creativo, tal como lo sugiere Nettle (2001):

“...la capacidad de enloquecer es una parte de la naturaleza humana, que se ha preservado en la genética porque los rasgos que la posibilitan también subyacen uno de los baluartes que más valoramos los humanos, la creatividad”

Actualmente, el incremento de los estresores en la vida moderna están generando que las personas con alta vulnerabilidad para desarrollar enfermedades mentales, comiencen a presentar estos problemas, provocando que los límites del “comportamiento normal” se hagan cada vez más flexibles, pero sobre todo han hecho evidentes las características y habilidades subyacentes así como las funciones cerebrales comórbidas, reforzando así la idea de que existe un vínculo entre la creatividad y la psicopatología.

Por otra parte, la disfunción en la psicopatología es producto de las estructuras cerebrales que repercuten en las áreas de funcionamiento relacionadas, así como de la afección y modificación que brinda el medio ambiente en el individuo, sin embargo, también abarca y se expresa en la dimensión psicológica en su totalidad. Al hablar de híper o hipofunciones cerebrales nos encontramos con una gran variedad de características interrelacionadas que repercuten finalmente en el comportamiento de la persona, de esta manera, podemos identificar componentes cognitivos que pueden funcionar como factores protectores para disminuir la

sintomatología, o bien algunos otros que permiten la exacerbación de la misma. En este campo la creatividad y la imaginación (exacerbada) también han sido constantemente relacionadas con los artistas y con las personas con psicopatología, especialmente al hablar de sujetos con propensión al pensamiento divergente o delirante o bien en aquellos con trastornos emocionales.

Así, el punto de encuentro que supone esta relación, reúnen a la Psiquiatría y la Psicología de manera integral apartándose de explicaciones puramente biológicas o subjetivas, dando oportunidad a entender algunas de las características de la psicopatología con una visión más positiva o al menos más útil para entender a la persona y desarrollar su terapéutica.

Al hacer una búsqueda de bibliografía que desarrollara esta temática me encontré con que era prácticamente inexistente. El estado del arte en este tema se ha conformado a partir de los artículos de investigación que se han hecho desde finales del siglo XIX hasta la fecha y que incluso varios de ellos, conforme avanzaba el tiempo, recapitulan y referían estudios anteriores. Es por ello que esta revisión es además de una forma de sintetizar y analizar los datos existentes, una propuesta para vincular y conciliar la heterogeneidad de los estudios.

El primer capítulo define y delimita la esquizofrenia a partir de las categorías diagnósticas de los manuales psiquiátricos actuales, posteriormente en el segundo capítulo se aborda la fenomenología de la esquizofrenia. El tercer capítulo aborda la conceptualización y características de la creatividad y la personalidad creadora. En el cuarto capítulo se describe la metodología y el quinto capítulo se centra en los resultados de la búsqueda en las bases de datos especializadas, tanto para el vínculo entre creatividad y psicopatología como para el caso particular de la Esquizofrenia. A lo largo del sexto capítulo se discuten dichos resultados y se conforma una propuesta que permite vislumbrar un posible marco teórico que sirva de base para implementar y desarrollar terapéuticas enfocadas en la intervención temprana, así como en las intervenciones requeridas en las distintas etapas de afección de esta psicopatología. En el último capítulo se da una breve conclusión.

1. ESQUIZOFRENIA

1.1 Definición

La Esquizofrenia es una enfermedad mental, generalmente crónica, progresiva que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica individual, familiar, laboral y social, de la que se han documentado anomalías en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos, se caracteriza por un cortejo sintomático muy variado que incluye:

a) síntomas positivos: alteraciones del pensamiento (delirios o ideas delirantes), del lenguaje, de la sensorio-percepción (ilusiones, alucinaciones), del juicio (pérdida total o parcial del contacto con la realidad) y de la función motora (manierismos y estereotipias).

b) síntomas negativos, (los que generalmente conducen al deterioro) como los defectos de socialización, los trastornos del afecto y la improductividad.

El interés de producir, de generar, de crear, suele estar ausente en los pacientes esquizofrénicos que muestran escaso o nulo interés por cualquier tarea, tornándose improductivos de manera progresiva. Existe un nexo muy claro entre la improductividad, las características de su vida afectiva y sus motivaciones, que junto con sus defectos de socialización suelen dar el cuadro clínico típico.

La mayor parte de los enfermos expresan síntomas después de los 15 y antes de los 30 años de edad, sin embargo, la edad más frecuente para el inicio coincide con el término de la adolescencia y el inicio de la vida adulta; el principio puede ser lento, paulatino e insidioso. La evolución del padecimiento puede tener variaciones importantes, pero en términos generales el deterioro psicológico y social, es progresivo, evoluciona presentando brotes de síntomas positivos que alternan con periodos sin ellos, pero con acentuación de la sintomatología negativa. A cada brote seguirán signos de deterioro más evidentes que en

condiciones extremas conducen a un síndrome negativo severo (Anonymus, 1994).

Etimológicamente la palabra “Esquizofrenia” significa ruptura de la mente y/o de la personalidad, el cuadro sintomatológico ha sido aprehendido por algunas sociedades como evidencia inconfundible de locura, posesión demoníaca, divina o por espíritus ultraterrenos; históricamente se le han asignado características sobrenaturales y esotéricas. En la segunda mitad del siglo XIX, comenzó a disiparse el velo del misticismo de las enfermedades mentales, fue entonces que este término fue acuñado por el psiquiatra Suizo Eugen Bleuler para describir aquello que se consideraba en aquel momento como el síntoma principal del trastorno: la ruptura en la integración de la emoción, el pensamiento y la acción, haciendo también referencia a la idea de que en esta enfermedad pareciera como si se perdiese el sentido de unidad de la mente, la coordinación entre las distintas funciones mentales en torno a la idea de la consciencia del yo. La primera descripción de la Esquizofrenia propuesta por Bleuler (1950) dio lugar al modelo de la entidad nosológica. Esta supuesta “locura” se consideraba de etiología orgánica, con un deterioro progresivo que finalmente conducía a la muerte, más tarde se describieron cuatro subtipos:

a) El esquizofrénico simple que gradualmente perdía interés por las cosas y se alejaba de las personas y de las normas sociales. Manifestaba poca agresividad, algunos delirios o alucinaciones y a menudo, una adaptación marginal como vagabundo o prostituta, o recluso en condiciones en las que se toleraban las conductas raras.

b) El esquizofrénico catatónico que mostraba extremos en su actividad motora, manifestando conducta inhibida, estuporosa, negativista o excitada y agresiva. El comienzo y la terminación eran súbitos, aun cuando no existía comunicación conservaba la percepción de lo que sucedía a su alrededor. Los síntomas comunes eran la conducta estereotipada, alucinaciones, mutismo y una flexibilidad cérica o la adopción de posturas prefijadas.

- c) El estado hebefrénico que se desarrollaba lentamente, manifestando idiocia, delirios extravagantes y modalidades propias de conducta, movimientos ritualistas y gestos faciales. Se producía una ruptura total con la realidad. El lenguaje sufría una regresión y contenía asociaciones sonoras en lugar de significado y el empleo de un simbolismo personal o un vocabulario de neologismos.
- d) El estado paranoide que incluía un sistema de delirios bien organizado, acentuando la persecución o la grandeza. La conducta cotidiana sólo se interrumpía cuando el sistema de delirios tropezaba con la realidad y producía una actividad violenta, defensiva.

Esta clasificación de cuatro subtipos de conducta esquizofrénica se caracteriza por la disociación intelectual o emocional y las respuestas inadecuadas. Sin embargo no se podía demostrar una pérdida permanente de la capacidad, por lo tanto se les denominó: “psicosis funcionales”. Además, pocas personas manifestaban conductas que coincidieran con estos cuatro estereotipos, la mayoría sufría una mezcla de síntomas que dio lugar a una denominación general de reacción esquizofrénica, caracterizada por los síntomas específicos que se manifestaban en cada caso. A partir de 1931 Schneider, Karl Jaspers y Henry Ey comenzaron a separar la vivencia esquizofrénica, identificando una serie de fenómenos como característicos de la Esquizofrenia en ausencia de enfermedad cerebral manifiesta, desarrollando un enfoque fenomenológico de la patología mental, rescatando el factor existencial para explicar el ser en el mundo de los psicóticos y su vivenciar (Schneider, 1948). A la par del desarrollo fenomenológico, se llevaron a cabo una gran cantidad de trabajos para explicar el origen biológico, psicológico y social de la enfermedad, se describieron teorías, modelos e hipótesis para explicar la etiología de la Esquizofrenia. Más adelante con el desarrollo de la Psiquiatría moderna, la definición y caracterización de la Esquizofrenia paso ser descrita en los manuales internacionales de diagnóstico de las enfermedades de tipo mental: la CIE (por sus siglas en inglés: Clasificación internacional de enfermedades) y el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Actualmente se considera que el abordaje de la Esquizofrenia debe tener una

característica biopsicosocial, considerando factores etiopatogénicos, intervenciones clínicas, y características socio-culturales.

1.2 Clasificación, Diagnóstico y Epidemiología

El DSM-IV-TR distingue cinco variables o subtipos de la Esquizofrenia, mientras que la CIE-10 distingue siete, se pueden presentar trastornos y observar síntomas en la totalidad de las funciones mentales y también en una amplia gama de conductas. La definición del DSM-IV-TR está dirigida a la presencia o ausencia de síntomas y no a un concepto como tal: “La Esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa. La CIE-10 es fenomenológicamente más amplia “Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y la percepción, y por los afectos embotados e inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectuales están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivos. Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen eco, inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes o ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos”. El diagnóstico se establece a partir de la alteración persistente mínima por seis meses, o un mes de síntomas en la fase activa (con presencia de dos o más síntomas de acuerdo al DSM-IV-TR, y un síntoma evidente o dos o más si son menos evidentes de acuerdo al CIE-10) (Saracco & Escamilla, 2012)

El siguiente cuadro esquematiza las principales características sintomatológicas de los criterios del DSM-IV-TR y la CIE-10.

CIE-10

DSM-IV-TR

Presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o dos más si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos (a) a (d) o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el (e) y el (i). Los síntomas deben haber estado claramente presentes por un período de un mes o más.

Eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento. Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.

Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.

Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.

Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución del a competencia social), debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

Un cambio consistente de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

(1) ideas delirantes, (2) alucinaciones, (3) lenguaje desorganizado; por ejemplo, descarrilamientos frecuentes o incoherencia, (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, (5) síntomas negativos; por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia.

Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes en forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Exclusión de los trastornos Esquizoafectivo y del estado de ánimo.

Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay una historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de Esquizofrenia sólo se hará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes de esta enfermedad en cada función mental se presentan en el siguiente cuadro (Jarne Esparcia, 2006):

PENSAMIENTO	Trastornos formales	Asociaciones ilógicas y/o laxas Pensamiento disgregado Pensamiento incoherente Bloqueos mentales
	Trastornos del contenido	Delirios e ideas delirantes Síntomas de primer rango de Schneider
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	Comunicación verbal	Lenguaje pobre en contenidos y estructura lingüística Lenguaje desorganizado (esquizoafasia) Neologismos
	Comunicación no verbal	Mutismo Pobreza mímica en la expresión de las emociones Peculiaridad pictórica
PERCEPCIÓN	Hiperestesia e/o hipoestesia	
	Percepciones e ilusiones interpretadas	
	Alucinaciones	Más frecuentes: auditivas (voces que comentan, voces que conversan con el paciente, etc.) Moderadamente frecuentes: cenestésicas y visuales Poco frecuentes: olfatorias y táctiles
AFFECTIVIDAD	Ansiedad	Relacionada con el suicidio
	Estados afectivos discordantes y desorganizados	El paciente muestra un comportamiento y una respuesta afectiva infantilizada, que no coincide con los estímulos del ambiente (risa desmesurada sin motivo)
	Pobreza afectiva	El paciente se presenta aplanado emocionalmente, con poca capacidad de respuesta, y refiere la sensación subjetiva de dificultad para sentir
MOTRICIDAD	Catatonía	
	Estereotipias, actos motrices repetitivos, ecopraxias, manierismos motrices	Enfermos cronicados en estados de deterioro
INTEGRACIÓN DEL YO	Despersonalización y desrealización	En las etapas iniciales de la enfermedad
	Estereotipias, actos motrices repetitivos, ecopraxias, manierismos motrices	Enfermos cronicados en estados de deterioro
MOTIVACIÓN Y VOLUNTAD	Falta de motivación	Falta de actividades, hobbies, aficiones
	Apatía y Abulia	Falta de persistencia en el trabajo y en los estudios
COGNICIÓN	Cuadro de déficit	Atención/memoria/funciones ejecutivas
	Apatía y Abulia	Falta de persistencia en el trabajo y los estudios

A causa de la gran disparidad de criterios que recogían los sistemas diagnósticos respecto a los síntomas característicos de la Esquizofrenia, se ha producido un intento de determinar posibles agrupaciones “sindrómicas” de los síntomas, en especial de los denominados “síntomas positivos” y “síntomas negativos”.

En general, con síntomas positivos se quiere indicar un funcionamiento excesivo o distorsionado de un proceso normal, o que incrementan la frecuencia de ciertas

conductas (como las alucinaciones), mientras que los negativos son equiparables a la idea de pérdida, disminución o déficit en las conductas del paciente, como la pobreza del lenguaje o aplanamiento afectivo. Los primeros se derivan de los síntomas descritos y agrupados por Schneider, los segundos de los legados de Kraepelin y Bleuler, mientras que existen otros dominios incluidos en la fenomenología de la Esquizofrenia (déficit cognitivos) aportados por Andreasen, Crow, entre otros (Saracco, 2012)

Síntomas Positivos (productivos) Conducta observable	
Autorreferencia	Susplicacia
Ideas delirantes de daño	Temor o hipervigilancia
Ideas delirantes de persecución	Desconfianza
Alucinaciones	Soliloquios (hablar o reír solo)
Síntomas Negativos (de déficit) Conducta observable	
Pobre expresión afectiva	Afecto pobre o sin variaciones
Aplanamiento del afecto	Rostro inexpresivo
Poco interés en relaciones sociales	Aislamiento
Apatía	Inactividad/Desinterés
Abulia	Inactividad
Descuido personal	Descuido en la higiene y el arreglo
Alogia	Discurso pobre, restringido
Pensamiento concreto	Dificultad en abstracción y comprensión de metáforas
Síntomas de desorganización Conducta observable	
Desorganización del pensamiento	Lenguaje poco comprensible
Discurso circunstancial	Habla con detalles excesivos e irrelevantes
Discurso tangencial	Responde información diferente a la que pregunta
Discurso disgregado	Habla temas sin conexión
Desorganización de la conducta	Conductas extrañas o sin sentido
Síntomas cognitivos Conducta observable	
Alteraciones de la función ejecutiva	Dificultades en los procesos de automonitoreo
	Dificultades para la planeación de estrategias
Dificultades de atención y memoria	Problemas en la captación y procesamiento de información

Hay algunos otros factores asociados a la Esquizofrenia. Los más relevantes son la edad, el género, el nivel socioeconómico y la fecha de nacimiento:

Edad.- La mayor parte de los enfermos inician su enfermedad al final de la adolescencia y durante la juventud. Aunque hoy en día se acepta que se puede presentar un primer episodio de Esquizofrenia en cualquier edad, el 90% de los enfermos la inician entre los 16 y los 40 años, y la máxima frecuencia aparece entre los 18 y los 25 años.

Género.- Hay un mayor número de enfermos esquizofrénicos hombres en relación con las mujeres, hasta una proporción de 2-3/1. Además los hombres inician la enfermedad de manera más temprana entre los 16 y los 25 años, frente a las mujeres, que suelen hacerlo entre los 25 y los 35 años, y presentan más intensidad de los síntomas y peor pronóstico.

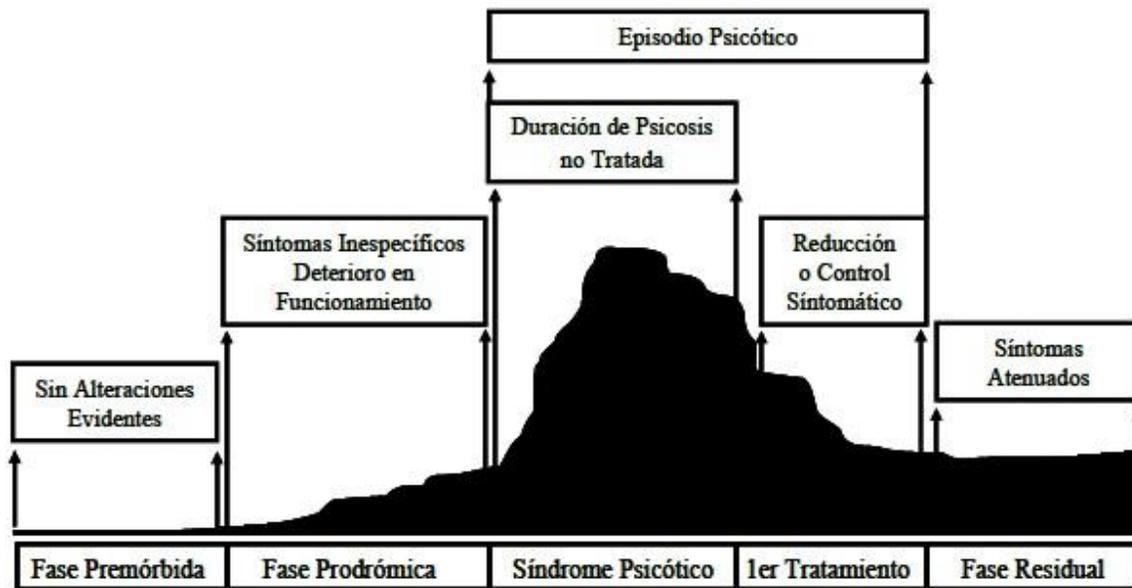
Nivel socioeconómico.- Hay cierta concentración de enfermos esquizofrénicos en las clases sociales bajas con estatus socioeconómico deprimido, la explicación puede radicar en la tendencia a concertarse en este estatus socioeconómico dadas las dificultades de adaptación a las exigencias de la vida diaria inherentes a la enfermedad.

Fecha de nacimiento.- En cerca del 40% de los enfermos esquizofrénicos la fecha de nacimiento coincide con el final del invierno y el inicio de la primavera, lo cual significa que la gestación ha tenido lugar mayoritariamente durante el invierno.

Existen otros factores de riesgo de menor relevancia como la edad paterna al momento de la concepción, los efectos adversos durante el embarazo y parto, las características cognitivas premórbidas y el desempeño escolar, enfermedades autoinmunes, el urbanismo, la migración y el uso de cannabinoides y otras drogas (Vega, 2011 en Saracco, 2012; Jarne Esparcia, 2006).

La sintomatología del cuadro Esquizofrénico es compleja y variada, se solapan en gran medida con los síntomas de otros trastornos psiquiátricos y frecuentemente cambian según avanza el trastorno (Andreasen, 1994; Heinrichs, 1993 en Pinel,

2006). El número de episodios a lo largo de la vida de un enfermo y el período de tiempo entre cada episodio es muy variable y depende tanto de factores clínicos propios de la enfermedad como de aspectos ambientales y terapéuticos, el curso de la enfermedad se representa en el siguiente diagrama:



El inicio de la Esquizofrenia puede ser rápido, o insidioso (en un período más largo de tiempo) o bien puede pasar un período prolongado del trastorno en el que el paciente puede volverse más aislado o introvertido, manifestando cambios conductuales que pueden persistir por semanas o por años hasta que algún evento desencadenante hace que los síntomas surjan. La palabra pródromo expresa el período de tiempo anterior al diagnóstico formal, en donde la enfermedad aún no se presenta de forma franca o clara, pero el paciente comienza a presentar de alguna manera vivencias psicológicas que preceden y anuncian la aparición del cuadro esquizofrénico claro, por ejemplo aislamiento social, disfunción laboral o escolar, comportamiento inusual o períodos de agitación inexplicables. También se define como el tiempo a partir del inicio de la disminución del funcionamiento y finaliza cuando se cumplen los criterios para Esquizofrenia. Los síntomas prodrómicos se pueden agrupar en varios grupos: déficit cognitivos, alteraciones afectivas, aislamiento social y fallas escolares. El

diagnóstico del primer episodio psicótico puede variar a lo largo del tiempo, los síntomas debutantes también pueden variar aunque usualmente se presentan alucinaciones, delirios, pensamientos raros o atípicos y experiencias de aislamiento o pasividad. En la mayoría de los casos se comienza el tratamiento de los síntomas logrando una reducción o control de la sintomatología, alternando posteriormente los períodos de aparición de síntomas positivos, para finalmente lograr una atenuación de la sintomatología positiva, pero conservando el deterioro que la sintomatología negativa genera en la persona, dependiendo de la cronicidad y del pronóstico.

Como ya vimos el DSM-IV-TR describe cinco subtipos (Paranoide, Desorganizada, Catatónica, Indiferenciada y Residual) y la CIE-10 describe siete (Paranoide, Hebefrénica, Catatónica, Indiferenciada, Residual, Simple y no especificada). Además, tanto la CIE-10 como el DSM-IV-TR describen también el trastorno Esquizoafectivo, éste no se considera un subtipo de Esquizofrenia, sino como un trastorno autónomo, aunque dentro del espectro de la Esquizofrenia. La característica fundamental es la presencia del mismo cuadro clínico sintomatológico de la Esquizofrenia (delirios, alucinaciones) junto con algunos de los trastornos del estado de ánimo (depresión y/o cuadros maníacos). La presentación clínica no incluye la idea de que los síntomas se presentan necesariamente de forma alterna, sino que después de episodios de características claramente esquizofrénicas suelen venir estados clínicos en los que prevalecen los síntomas depresivos, este trastorno tiene mejor pronóstico dado que el paciente ha conservado la capacidad de respuesta emocional, usualmente disminuida en la Esquizofrenia. De la misma manera, se puede dar una relación entre la Esquizofrenia y algunos trastornos específicos de la personalidad, de acuerdo al DSM-IV-TR y en el caso concreto de los trastornos psicóticos, la relación se establece con los trastornos de personalidad esquizotípica, esquizoide y paranoide. El primero está estrechamente relacionado con la Esquizofrenia, de manera que cuando éste es muy grave no sólo se

considera un factor de riesgo, sino también una forma atenuada de Esquizofrenia. (Sarmiento & Ortega, 2012)

La Esquizofrenia es el más frecuente de todos los trastornos psicóticos. Aproximadamente tres de cada cuatro cuadros psicóticos reciben este diagnóstico y constituyen la mayoría de los ingresos hospitalarios con diagnóstico de cuadro psicótico (ocupan el 50% de las hospitalizaciones psiquiátricas mundiales). A pesar de que la incidencia es baja (3 de cada 10,000 personas) la prevalencia es alta dada la cronicidad. El 90% de las personas que tienen el diagnóstico y no reciben tratamiento se encuentran en países en desarrollo lo que contribuye a su cronicidad (OMS, 2012). En México la prevalencia es del 1 al 2% de la población total, se estima que son una tercera parte de los pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos (De la Fuente, 1982; Caraveo, 1995). Para calcular el número de personas con Esquizofrenia, Valencia (2001) tomó en cuenta la población estimada para el año 2000: 99 198 513 habitantes, considerando a la población en riesgo de entre 15 y 65 años (61 millones 955,071 habitantes) y de acuerdo a la cifra de prevalencia en México del 1 al 2% (De la Fuente & Medina-Mora, 1999) calculó una cifra de 619, 550 a 1 000 000, es decir 239,101 personas con Esquizofrenia para ese mismo año. Gracias a la introducción de los fármacos antipsicóticos en la década de los 50, la población de pacientes hospitalizados disminuyó, aun así el pronóstico de la Esquizofrenia continúa siendo incierto dado que la Esquizofrenia es una enfermedad crónica deteriorante y con gran costo económico para la familia y el estado.

1.3 Teorías y modelos sobre el origen de la Esquizofrenia.

A lo largo de la historia se ha visto y estudiado a la Esquizofrenia desde distintas perspectivas. En los albores del siglo XX, con el desarrollo de la Psiquiatría se comenzaron a realizar las distinciones de la sintomatología característica de cada padecimiento hasta entonces no descritos. Respecto a las psicosis se realizó una distinción entre las psicosis “funcionales” y las “orgánicas”; la principal

característica de estas últimas es una causa física clara, por ejemplo en el caso de que el cerebro se viera comprometido debido a traumatismos externos o a la destrucción del tejido dada una enfermedad o alguna otra condición médica, de esta manera se podía establecer una conexión clara entre el efecto conductual y la base neural, así se denomina y justifica su naturaleza “orgánica”. Por otra parte, en las psicosis “funcionales” la sintomatología se manifiesta sin evidencia de alguna afección directa al cerebro, sugiriendo que las causas pudieran encontrarse por ejemplo, en el dominio psicológico más que en el neurológico o bien que son producto de una interacción entre algún substrato neurofisiológico y/o psicológico más que producto de alguna herida o traumatismo infringida al cerebro, o bien de alguna alteración sistémica pero de índole orgánica.

Hoy en día se habla de una “suma de vulnerabilidades”. A mayor número de factores de riesgo presentes en un individuo mayor probabilidad tendrá de desarrollar psicopatología. Los factores de riesgo abarcan la genética, los factores perinatólogicos y neonatales, la crianza, el desarrollo del Yo, la flexibilidad psicológica, la resiliencia, los factores familiares, el entorno social, entre otros. De esta manera han surgido numerosas teorías y modelos sobre la etiología de la Esquizofrenia y los trastornos del espectro esquizofrénico.

1.3.1 Modelos biológicos de la Esquizofrenia

Durante la década de los 50, un cirujano francés al utilizar las propiedades antihistamínicas de la “clorpromacina” notó que tenía efectos calmantes en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, de manera que se le ocurrió que podría llegar a utilizarse en pacientes psicóticos de trato difícil. Los ensayos clínicos llevados a cabo demostraron que tenía un efecto calmante en pacientes que se mostraban nerviosos y activaba a los pacientes embotados, esto comenzó a generar una ola de interés por los efectos que podían tener algunos medicamentos sobre los síntomas psicóticos y por supuesto sobre el efecto de ciertos núcleos y zonas del cerebro que podrían estar implicados en la manifestación y recurrencia de la sintomatología. De esta manera surgió la

“Hipótesis de la dopamina en Esquizofrenia” la cual plantea que la Esquizofrenia está causada por un exceso de dopamina en determinadas regiones cerebrales, dado que los medicamentos antipsicóticos disminuían los niveles de ésta. La “Hipótesis de la dopamina” es la principal teoría bioquímica de la Esquizofrenia hasta la fecha, ha generado contribuciones en el estudio y tratamiento de ésta y ha evolucionado significativamente a lo largo de 60 años desde su aparición.

Con la aparición de los primeros “antipsicóticos típicos” se comenzaron a notar efectos motores significativos en los pacientes (similares al parkinsonismo), ya para ese entonces se había demostrado una deficiencia dopamínica en la enfermedad de Parkinson por lo que se sugirió que un decremento farmacológico de la dopamina podría ser el responsable de la eficacia clínica de los antipsicóticos, y por lo tanto la idea de que el exceso de dopamina estaba involucrado en la aparición de la Esquizofrenia se volvió una de las principales hipótesis de la etiología de esta enfermedad. Posteriormente se desarrollaron diversas pruebas de laboratorio que brindaron evidencia directa sobre los efectos de la función receptora de la dopamina, derivada de la evaluación post mortem de tejido cerebral así como estudios de líquido cefalorraquídeo y plasma. Sin embargo tanto las evaluaciones de las evidencias directas como indirectas sufrieron problemas metodológicos, pues la mayoría de los estudios utilizaba información clínica retrospectiva que podría no ser del todo correcta dada la irregularidad y la poca fiabilidad en la captura de información premórbida del paciente, sobre todo en lo concerniente a la exposición previa a medicamentos antipsicóticos o a clasificaciones diagnósticas de otras enfermedades médicas o psiquiátricas, además de los eventos acontecidos antes de su muerte y los cambios post mortem en los tejidos (De Lecuona, 1993; Coyle, 2006).

Adicionalmente, se observó que la respuesta clínica al efecto del antipsicótico se retrasaba días o hasta semanas después del inicio del tratamiento, mientras que el bloqueo de los receptores de dopamina ocurría casi inmediatamente, por lo tanto si el exceso de dopamina era central en la Esquizofrenia, la mejoría clínica debía de suceder más tempranamente; también se encontró que el 20% de los esquizofrénicos resultaban refractarios a los antipsicóticos y otro 40% tenían una

mejoría parcial, esto llevó a Timothy Crow y colaboradores en 1980 a proponer una subdivisión de la Esquizofrenia bajo dos grupos hipotéticos, los que presentaban primordialmente “síntomas positivos” más receptivos a medicamentos antipsicóticos (quienes supuestamente presentaban exceso de dopamina), y los que tienen predominio de “síntomas negativos” (con una tendencia a ser menos receptivos a los antipsicóticos típicos y por lo tanto con niveles deficitarios de dopamina) (Crow, 1994). Otra inconsistencia es que los antipsicóticos que son antagonistas de los receptores dopaminérgicos son más eficaces para el tratamiento de los “síntomas positivos” que se supone que están provocados por un aumento de la actividad neural, y tienen poco efecto en los “negativos”. Si la Esquizofrenia fuera resultado de una actividad excesiva de la dopamina, los bloqueadores de estos receptores deberían de aliviar todos los síntomas en las personas con este diagnóstico.

Actualmente la hipótesis de la dopamina ha sido revisada para especificar los excesos en la actividad dopaminérgica en determinadas áreas subcorticales y prefrontales, tomando en cuenta además el papel de la genética, las diferencias observadas en los estudios de neuroimagen, los riesgos ambientales, el estudio de los fenotipos y los estudios en animales. Los nuevos hallazgos apuntan a una comprensión más amplia del funcionamiento bioquímico de los pacientes considerando los hallazgos de anomalías funcionales detectadas en los estudios PET y de RMI en las zonas frontotemporales, así como los déficit cognitivos que convergen en la modificación neuroquímica del cerebro para desarrollar rasgos psicóticos y por consiguiente el diagnóstico de Esquizofrenia. (Howes, 2009). La investigación actual ha señalado la implicación en la Esquizofrenia de otros neurotransmisores distintos de la dopamina tales como el glutamato, el GABA y la serotonina dado que las pruebas clínicas con “antipsicóticos atípicos” han demostrado que los receptores de la dopamina no son los únicos involucrados en la Esquizofrenia, dando como resultado la hipótesis de que la interacción de estos neurotransmisores pudieran estar involucrados en la etiología de la Esquizofrenia (Pineal, 2006).

Los estudios con neuroimagen de pacientes con Esquizofrenia han revelado anomalías dispersas incluyendo una corteza cerebral reducida y ventrículos cerebrales agrandados, su impacto en el funcionamiento cerebral (que resulta difuso) no corresponde directamente a la acción de los receptores dopaminérgicos o a los sistemas del glutamato, GABAérgico o serotoninérgico. Otro tipo de hallazgos sugieren que la Esquizofrenia requiere un paradigma integrador que considere además la genética y el entorno, la disociación subjetiva y la psicofarmacología (García, 2007).

Los estudios genéticos han demostrado que varias regiones de diferentes cromosomas están implicadas en la vulnerabilidad a la Esquizofrenia, y la manifestación de éstos se ve afectada por infecciones tempranas, reacciones autoinmunes, toxinas, lesiones traumáticas y estrés. La activación de estos genes requiere de ciertos inputs medioambientales para manifestarse, se piensa que estas experiencias tempranas alteran el curso normal del desarrollo neural, desembocando en Esquizofrenia en personas con predisposición genética (Pinel, 2006). Dado que la reorganización estructural e histoquímica más significativa de la región prefrontal ocurre durante los dos primeros años de vida, se ha hipotetizado que ciertos factores como el estrés experimentado o las relaciones que anteceden el establecimiento del apego durante los primeros meses de vida pueden modificar, por ejemplo, la expresión genética del sistema noradrenérgico afectando la maduración de la amígdala, el cíngulo anterior y la ínsula en períodos críticos del desarrollo de las mismas. De esta manera las conexiones límbicas están expuestas a niveles altos de neurotransmisores excitotóxicos como el glutamato, durante períodos prolongados de tiempo. Las relaciones psicotóxicas con la madre pueden inducir una destrucción sináptica excesiva en las áreas corticolímbicas del desarrollo, así, si la predisposición genética es una condición para que aparezca la Esquizofrenia, los eventos relacionales traumáticos actualizan el potencial del genoma humano, perturban el desarrollo neurobiológico de los circuitos cerebrales y alteran la bioquímica del sistema que confluyen en la aparición de la enfermedad durante la adolescencia que es cuando se ponen a

prueba las sinapsis y la maduración de los circuitos desarrollados durante la infancia (García, 2007).

Finalmente, algunos investigadores reconocen que el sueño y la Esquizofrenia comparten ciertos mecanismos, resultado de la sobreactivación del sistema de gratificación, el cual forma parte del sistema dopaminérgico mesolímbico-mesocortical (Panksepp, 1998).

1.3.2. Modelos en Psicología

A lo largo del siglo pasado, junto con el desarrollo de la Psiquiatría, se crearon modelos psicológicos que propusieron hipótesis sobre la etiología de la Esquizofrenia, o bien del desarrollo del patrón Esquizofrénico e incluso en la forma en que el medio y la sociedad generan y mantienen la comunicación Esquizofrénica. Estas teorías y modelos generaron gran interés por su calidad innovadora pero sobre todo por los resultados que arrojaron a nivel terapéutico.

Comenzando con la propuesta psicoanalítica de Freud quién sostenía que el desorden principal en la Esquizofrenia consistía en la incapacidad del paciente para mantener controladas las catexias libidinales de los objetos, favoreciendo la aparición de la sintomatología como una forma de represión; pasando por la propuesta conductista que sostenía que la Esquizofrenia era una serie de conductas inapropiadas desencadenadas por estímulos generados en el entorno, los modelos psicológicos sobre la Esquizofrenia han ido transformándose a lo largo del tiempo.

Una de las principales teorías relacionadas con la etiología de la psicopatología desarrollada en la segunda mitad del siglo pasado fue la teoría del apego desarrollada por Bowlby (1989), quien se interesó en el estatus primario y la función biológica de los lazos emocionales entre los individuos, cuya conformación y conservación se supone que están controladas por un sistema cibernético situado dentro del sistema nervioso central, utilizando modelos operantes del sí mismo y de la figura de apego en la relación mutua. A partir de esta teoría se comenzaron a desarrollar hipótesis sobre la etiología de la Esquizofrenia,

haciendo énfasis en los mecanismos psicológicos inmersos dentro del desarrollo del infante y el posible patrón esquizofrénico desarrollado a través de las relaciones que se establecen con sus cuidadores, principalmente la madre (o el cuidador inmediato) con quien se apega. El vínculo que establece el niño con su madre fue considerado como resultado de un conjunto de pautas de conducta características que se desarrollan en el entorno corriente del niño durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna. De esta manera, al faltar cuidado materno el desarrollo de un niño casi siempre se retrasa, física, intelectual y socialmente permitiendo la aparición de síntomas de padecimientos físicos y mentales. Partiendo de la idea de que la función biológica de la conducta de apego es la protección (de los depredadores), conforme va creciendo la necesidad del niño de explorar y conocer su medio a través del juego y otras actividades es mayor la necesidad de contar y recurrir a esta figura de protección. Cuando un individuo de cualquier edad se siente seguro, es probable que explore lejos de su figura de apego, sin embargo cuando se siente alarmado, cansado o ansioso siente la necesidad de proximidad abriendo tres posibilidades: un apego seguro en donde el individuo confía en que sus padres (o figuras parentales) serán accesibles ante una situación adversa o atemorizante; un apego ansioso en el cuál el individuo está inseguro si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite; o bien, una relación de apego ansioso elusivo, en el que el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial sino que por el contrario, espera ser desairado (Bowlby, 1989).

Por otra parte, la propuesta de Watzlawick (1984) hizo énfasis en la importancia de la comunicación familiar para que exista un desequilibrio en el individuo y ese desequilibrio puede llevar al diagnóstico de Esquizofrenia. Un punto clave de esta propuesta es la debilidad que presenta el individuo esquizofrénico en tres áreas: dificultad para entender correctamente los mensajes que recibe de otras personas, para asignar correctamente el mensaje que él mismo emite de una forma no verbal y para entender y asignar el mensaje correcto de sus propios pensamientos, sensaciones y preceptos.

Así, desde el apego rechazante que establece el sujeto y la comunicación en su contexto familiar, el individuo esquizofrénico establece una incongruencia entre el contexto y la comunicación, por ejemplo, el constante rechazo de la madre y al mismo tiempo las muestras de amor que recibe de ella tienen como resultado un apego elusivo, pautas de comunicación patológicas y finalmente el brote de sintomatología esquizofrénica. De esta forma la patología aparece cuando la propia víctima ignora que sus respuestas son metafóricas o no puede decirlo, ya que para reconocer que habló metafóricamente necesitaría tener conciencia de su propio mensaje, que a su vez es caótico e incongruente.

1.3.3 Modelos sociales

Finalmente el modelo social agrupa ideas generales derivadas de teorías sociales modernas para afirmar que todo desajuste emocional está en última instancia determinado por fuerzas sociales. Los valores culturales, la clase socio-económica, la organización familiar, etc. son variables determinantes como para ejercer cambios sobre el individuo y moldear su comportamiento en determinada dirección; algunos autores sostienen que dichas fuerzas sociales son más importantes que incluso el papel de la genética en el sujeto, ya que determinan, en última instancia, el nivel y tipo psicopatológico (Jackson, 1960).

Para Dergan (1987), se debe abordar la Esquizofrenia desde una perspectiva multidimensional, donde no sólo diversas variables interactúan sino que éstas, al entrar en acción permanente, crean una entidad patológica, es decir, la Esquizofrenia no sería únicamente el resultado de variables etiológicas sino más bien una desorganización que afecta el comportamiento como resultado de alteraciones de diversas funciones biológicas, sociales y comportamentales, que en última instancia deterioran de forma sistemática al individuo concibiendo y desarrollando los síntomas descritos como esquizofrénicos.

2. FENOMENOLOGÍA

Las investigaciones fenomenológicas en psicopatología han conceptualizado a la Esquizofrenia como un trastorno de la experiencia propia, en la cual la patología central radica en un exceso de racionalidad y reflexividad (Yunes, 2012). Jaspers se interesó particularmente en la fenomenología de la enfermedad mental y su labor abrió camino para intentar comprender el significado psicológico de los signos y síntomas de la Esquizofrenia, consideraba que el contenido que exhibe el esquizofrénico en su pensamiento y su conducta estaría acuñado sobre experiencias previas. Las alteraciones en la organización de la percepción se relacionan con la alteración en la experiencia propia y en ocasiones conduce al desarrollo de ideas delirantes y otros síntomas observados en la Esquizofrenia. De acuerdo con la descripción original de Bleuler y Schneider sobre la posible división de la sintomatología en síntomas fundamentales y accesorios del mismo, se han identificado las alteraciones del pensar (incoherencias, pensamientos audibles, ideas delirantes, etc.), del sentir (aplanamiento afectivo, ambivalencia, disociación ideo-afectiva) y de las relaciones con el mundo (aislamiento, abulia etc.), como fundamentales y las alucinaciones, los movimientos estereotipados, el negativismo, la indiferencia o la agresividad como síntomas accesorios (Yunes, 2012).

La psicosis en su etapa inicial, se manifiesta en la mayoría de los pacientes como la sensación de que algo está cambiando, lo que implica un estado de confusión y la necesidad de buscar una explicación. Posteriormente el pensamiento lógico suele luchar por no desintegrarse, y se busca una explicación coherente a la forma peculiar en la que percibe y concibe el mundo. A esta etapa le sigue la etapa de duda y finalmente la del establecimiento del delirio, además a todo proceso esquizofrénico subyacen trastornos esenciales del “yo”. Por lo regular se ha hablado de aspectos de regresión o de estancamiento en alguna etapa evolutiva (Yunes, 2012). La fenomenología esencial es una pérdida de unidad y de control del “yo” de la vida psíquica consciente. Durante el transcurso de la enfermedad, se contemplan también otras características importantes: la angustia, la soledad, etc.

Se considera también que la cultura y la etnicidad influyen en la presentación y el curso de la Esquizofrenia, a pesar de que las tasas de prevalencia se presentan similares entre distintos grupos culturales, se considera que la cultura puede afectar varios aspectos del proceso de la enfermedad, incluyendo la definición del padecimiento, el comportamiento de búsqueda de atención, respuesta y adherencia al tratamiento, así como reglas y patrones de comportamiento mediados por la cultura. A continuación se describirán las ideas delirantes, las alucinaciones y algunas alteraciones del sentir como los principales síntomas que vinculan las características sintomatológicas de la Esquizofrenia con aspectos funcionales y operacionales de la creatividad en sujetos sin dicho diagnóstico.

2.1 Ideas Delirantes

Etimológicamente, delirio procede del latín *delirare* que significa “fuera del surco”, del surco que queda en el campo al labrarlo. En este sentido, y al aplicarlo al pensamiento humano, se refiere a aquel pensamiento que sale de lo que comúnmente se acepta como “razonable” “normal” o “tradicional”. El concepto de delirio en las distintas definiciones de la psiquiatría mundial hace referencia a una creencia falsa sin más, centrándose en aspectos cognitivos de una creencia errónea o bien en los aspectos emocionales con los que la convicción delirante se acompaña en quien la sufre. De acuerdo con la definición anglosajona, los delirios son creencias irreales, irreductibles a la lógica y que no son compartidas por la cultura (APA, 2000). Fish (1985) y Sims (1988), definen el delirio como “una idea o creencia falsa, incorregible que no está en consonancia con la procedencia social y cultural del paciente y que es sostenida con una convicción extraordinaria y certeza subjetiva”. Jaspers (1993), trató de delimitar el concepto de idea delirante definiendo unas características particulares para este término: a) la convicción extraordinaria con que se afirma una idea delirante, b) la condición de no ser influenciados por la experiencia y por las evidencias empíricas, y c) la imposibilidad del contenido.

El delirio también se ha clasificado en tres categorías generales: los que implican un patrón de motivación desviada (modelo psicodinámico) las que implican un defecto cognitivo fundamental que daña la capacidad del paciente para extraer conclusiones válidas sobre la evidencia (modelo cognitivo) y los que implican actividades cognitivas normales que intentan explicar experiencias anormales (modelo psicobiológico). En el primer caso, se podría hablar que la proyección es el mecanismo fundamental en la génesis del delirio; es un mecanismo de defensa (del yo) contra los contenidos (pulsiones del ello) no admitidos (por el superyó) y no asimilable por el yo, y que desplaza deseos, tendencias y pulsiones sobre personas o cosas del mundo exterior. Así se pueden evitar el displacer y la angustia. En el segundo caso el delirio tiene origen en una alteración de los procesos de razonamiento formal; por ejemplo la asunción por parte del paciente de la identidad de dos sujetos sobre la base de idénticos predicados (e. g. si Jesucristo era carpintero y mi padre era carpintero, entonces mi padre era Jesucristo) o bien a través de alteración en los procesos de razonamiento bayesiano (teorías probabilísticas en donde el paciente delirante aceptaría conclusiones a niveles de probabilidad demasiado bajos para ser aceptados por personas sin el diagnóstico) o bien en la alteración en los procesos de atribución (principalmente atribución social). Finalmente en el último de los casos, los delirios serían interpretaciones racionales de experiencias anómalas, siendo normal el razonamiento de los enfermos, es decir, los delirios se generarían en un intento de explicar, por procesos normales de razonamiento, experiencias insólitas y perturbadoras aunado a una predisposición biológica a la exacerbación de estas ideas. Algunas otras fuentes de experiencia anómala y formación del delirio están relacionadas con experiencias de alteración del tiempo (por ejemplo en la secuencia del pensamiento) con alteraciones atencionales y con déficit sensoriales.

Las aportaciones del modelo de Henry Ey (1965) al modelo de la enfermedad mental definen a ésta última como una consecuencia de la desorganización de la estructura psíquica o de anomalías en el desarrollo de ésta, el proceso orgánico es el agente del caos psíquico y produce una acción negativa. Con la pérdida de la

organización superior tiene lugar una regresión psíquica en la que las fuerzas primitivas se reorganizan a un nivel inferior mostrando así la sintomatología característica. Así, según este modelo, el delirio no es en sí mismo una manifestación de tejido cerebral enfermo, sino la expresión de tejido sano liberado por la abolición de la función en algún centro más elevado, surge entonces la reorganización a niveles más inferiores, como producto de la desinhibición de áreas no dañadas. Así se observa que una amplia variedad de condiciones pueden inducir psicosis, pero fundamentalmente las que afectan al sistema límbico y en particular dentro del mismo al lóbulo temporal y al núcleo caudado. Alteraciones en estas estructuras tienen mayor probabilidad de estar relacionadas con la formación de delirios (McKenna, 1984). Factores relacionados con el paciente y con el trastorno también influyen en el contenido, la complejidad y la coordinación de la formación del delirio. Otro postulado interesante de esta propuesta es que el estudio de los delirios deben incluir todos los fenómenos ideoaffectivos que los acompañan. Por otra parte Jaspers (1963), diferenció el delirio patológico de la actividad delirante como reflejo de los trastornos del pensamiento. En el primero, el trastorno es de mayor envergadura, más bien presupone una obnubilación de la conciencia y conlleva a una ruptura total con el entorno. Este tipo de delirio patológico es el que muestra el esquizofrénico sobre todo durante la fase de brote agudo de la enfermedad. Los delirios se pueden clasificar en crónicos y agudos (de acuerdo a la duración cronológica del trastorno, y también del tiempo en que tardan en desorganizarse las diferentes funciones cerebrales que intervienen en la conciencia), de acuerdo a su estructura formal o bien de acuerdo al contenido de los mismos (Loa, Chávez & Lara, 2005).

Jaspers propuso que lo que hace que el delirio sea diferente en unos pacientes u otros es su estructura formal más no necesariamente su temática o contenido, de esta manera describió cuatro grandes tipos de delirio en función del trastorno que lo desencadena (Esquizofrenia, paranoia, psicosis maniaco-depresiva “trastorno bipolar” y trastornos orgánicos cerebrales). Las principales características se presentan en el siguiente cuadro (Eguíluz 2005):

DELIRIO ESQUIZOFRÉNICO	DELIRIO PARANOIDE	DELIRIO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS	DELIRIO DE LOS TRASTORNOS ORGÁNICOS
Tiene carácter centrípeto y autorreferencial. (Toda la realidad se dirige y se refiere a él)	Tiene carácter constitucional. (No surge como algo nuevo que irrumpe en la personalidad, ya había rasgos previos).	Está marcado por una alteración formal del pensamiento correspondiente. (E.g. en manías se puede aumentar la velocidad del discurso, fuga de ideas, etc. mientras que en la depresión puede enlentecerse, o volverse monótono).	Vienen marcadas por alteraciones formales del pensamiento. (Se caracteriza por una desorganización y deterioro de todos los procesos cognoscitivos).
Tiene carácter de vivencia impuesta.	Tiene una estructura afectiva. (No es sólo una idea errónea sostenida con convicción extraordinaria, se vive además con una gran carga afectiva).	Está en relación con el humor de base. (Referente a su contenido o a su intensidad, desaparecen completamente cuando el trastorno afectivo que los originó también desaparece).	Oscila entre dos extremos. (pueden ser empobrecidos, con pocas y desestructuradas ideas que resultan poco comprensibles o bien ricos en imaginación, recuerdos y fantasías).
Tiene carácter disgregado. (Contradicciones internas)	Es de carácter secundario. (El delirio emana y se estructura de manera paulatina a partir de rasgos de su personalidad)	Se corresponden con el humor. (Pueden centrarse en la culpa, la enfermedad o la ruina, o bien humor irritable, ideas autorreferenciales, de perjurio y persecutorias).	Se entremezclan con la actividad alucinatoria. (Están desencadenadas y modificadas por estímulos externos, llega a ser difícil qué es alucinación y qué es delirio).
Se va incorporando en la vida del paciente de manera progresiva.	Esta sistematizado (se presenta coherente, sin saltos lógicos o asociativos, y es difícil encontrar contradicciones internas en el relato que permitan diferenciarlo de un hecho real).	Existe una dimensión temporal. (Mirada en el pasado o bien en el futuro).	
	Hace uso de su interpretación errónea para su progresión. (el delirio progresa y se organiza de manera lenta pero inexorable)		
	Tiene carácter centrípeto y autorreferencial.		
	Carece del carácter de vivencia impuesta (vive todos sus actos psíquicos como propios).		
	El tema delirante principal es persecutorio.		

El delirio esquizofrénico es además un fenómeno directo e inmediato, es decir surge de la conciencia del paciente de manera directa, sin ser fenómeno fruto de la reflexión o que emerja comprensible de otros fenómenos psíquicos como las creencias o las emociones, es un fenómeno de dos partes (por un lado está el material sensorial que procede del exterior “lo objetivo”, y por otra parte está la significación o sentido que damos a lo anterior) resulta incomprensible para quién lo escucha e implica un cambio en la personalidad del paciente.

Al hablar de la estructura formal del delirio, en particular del esquizofrénico se ha incluido en esta categoría a una entidad antiguamente llamada “parafrenia”. Esta categoría denominada originalmente “Psicosis parafrénica” por Kraepelin, se caracteriza por un productivo trabajo delirante en el que se entremezclan actividades alucinatorias y “fabulatorias” para dar como producto un delirio muy rico y exuberante (Eguíluz, 2005):

CARACTERÍSTICAS DEL DELIRIO PARAFRÉNICO		
Se caracteriza por el carácter fantástico de los temas delirantes.	Se asemeja al pensamiento mágico de ciertas culturas. También a las creaciones surrealistas del arte de nuestro siglo.	Se da rienda suelta a la fantasía sin importar las relaciones lógicas de causa-efecto.
Se caracteriza por su riqueza imaginativa.	Tiene un componente megalomaniaco.	De referencia, de persecución, de envenenamiento, de embarazos fantásticos, de grandeza, etc.
Es de tipo sensoperceptivo.	Es a partir de voces, revelaciones, comunicaciones telepáticas, visiones, éxtasis.	La alucinación acompaña al fenómeno delirante. Es una expresión del propio delirio.
Esta pobremente sistematizado.	Difícil comprensión del contenido. Lleno de contradicciones internas.	
La realidad delirante convive con la realidad objetiva.	Relación paradójal.	

De acuerdo con el contenido de los delirios se encuentran los siguientes tipos (Eguíluz, 2005):

DE PERJUICIO	Quien lo padece cree que alguna persona en concreto o todo el mundo tienen alguna intención de perjudicarlo de algún modo. Una variante también son los delirios de persecución
DE REFERENCIA O AUTORREFERENCIALES	Se trata de una interpretación delirante de una sensación extraña para el paciente. Incomodidad por percibir que objetos o hechos de su mundo adquieren una significación nueva, lo que sucede parece estar en relación con él. Normalmente están relacionados con los medios de comunicación.
DELIRIOS DE CELOS O CELOTÍPICOS	Convicción delirante de que la pareja ha sido infiel.
DELIRIOS EROTOMANIÁCOS	Se cree que una persona del sexo opuesto, y por lo general de una posición social superior, está enamorada del paciente.
DELIRIOS MEGALOMANIÁCOS	El paciente se cree poseedor de facultades extraordinarias. Una variante de este tipo son los delirios religiosos o místicos.
DELIRIOS HIPOCONDRIÁCOS	El paciente está convencido de sufrir una enfermedad e interpreta los signos corporales de acuerdo a esta creencia.
DELIRIO DE POBREZA Y RUINA	Cree haber perdido sus posesiones, o estar a punto de perderlas. Se acompaña de temor y culpa.
DELIRIO DE NEGACIÓN O NIHILÍSTICOS	El paciente cree que partes de su organismo o algunas funciones fisiológicas han desaparecido.
DELIRIOS DE INFESTACIÓN	El paciente cree estar infestado por parásitos de tamaño pequeño pero visible para él, siente a los insectos correr por su piel y afirma verlos en ocasiones.
FALSAS IDENTIFICACIONES	El paciente cree que alguna persona próxima a él ha sido reemplazada por un impostor que pretende pasar por esa persona.
DELIRIOS DE ALIENACIÓN DEL PENSAMIENTO	El paciente tiene la conciencia de estar produciendo pensamientos, emociones y actividad motora sobre su organismo que no considera como propios. Robo del pensamiento, lectura del pensamiento, difusión o irradiación del pensamiento, sonorización del pensamiento, control del pensamiento.

Actualmente algunos autores han comenzado a describir otras características de los delirios relacionándolas con aspectos cognitivos, de narrativas, de creatividad e incluso con aspectos sociales mediados por la cultura (Loa et al. 2005)

2.2 Alucinaciones

Las alucinaciones constituyen hoy en día un fenómeno fundamental en la Psicopatología sirviendo, de hecho, para el diagnóstico de patologías severas

como son los trastornos psicóticos. Jaspers sugirió la siguiente definición: “Una percepción falsa, que no es una distorsión sensorial ni una falsa interpretación y que tiene lugar a la vez que las percepciones verdaderas. Lo que distingue a las alucinaciones de otras percepciones es que provienen “de dentro” aunque el sujeto las viva como si fueran verdaderas percepciones que vienen “de fuera” (Jaspers, 1996) Por su parte, Bentall (1990) definió la alucinación como una experiencia similar a la percepción que: a) Se produce en ausencia de un estímulo apropiado (lo que la diferencia de la ilusión); b) tiene toda la fuerza e impacto de una percepción real (lo que la diferencia de la pseudoalucinación), y c) no es susceptible de ser controlada voluntariamente por el sujeto que la está experimentando (lo que la diferencia de otras clases de imágenes vívidas, incluidos los recuerdos).

El DSM-IV-TR considera que una alucinación se trata de una “percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado” (APA, 2000).

A través de las alucinaciones se pueden diferenciar en muchas ocasiones, entidades psicopatológicas y médicas de diversa naturaleza. A continuación se presenta una tabla que muestra la diferencia entre los distintos trastornos perceptivos descritos en los manuales de diagnóstico médicos y psiquiátricos (Eguíluz, 2005):

Diferencias entre los distintos trastornos perceptivos	
Ilusión	Errores del reconocimiento de un estímulo real
Seudoalucinación	Percepción en espacio interno con juicio de realidad positivo.
Alucinación	Percepción sin estímulo externo vivenciada como verdadera
Alucinosis	Alucinación criticada por el sujeto

En Esquizofrenia es habitual observar la presencia de alucinaciones junto a delirios, alteraciones afectivas u otro tipo de comportamientos desorganizados. De hecho, cuando disminuyen estas alteraciones, también suele darse una mejoría en

las alucinaciones (aunque no se hayan tratado directamente) (Cangas & Olivencia, 2005).

Por su parte, la experiencia alucinatoria también puede darse en personas sin ningún trastorno clínico, estudios realizados en estudiantes y adultos de Alemania, Italia y Estados Unidos han demostrado presencia de alucinaciones auditivas a través de autorreportes (Barret, 1992). Del mismo modo, mediante procedimientos como la hipnosis, privación sensorial, instrucciones, estimulación ambigua o condicionamiento clásico se puede conseguir que personas tengan experiencias similares a las alucinaciones. En la hipnosis es característico la provocación de alucinaciones (tanto positivas como negativas; es decir que la persona experimente, vea, oiga o sienta algo que no existe o viceversa). Las investigaciones en personas sin trastornos clínicos aún tienen limitaciones metodológicas que han alentado los progresos en este campo (Cangas & Olivencia, 2005).

Por otra parte los estudios de neuroimagen asocian las alucinaciones auditivas con activaciones en la ínsula inferior frontal, el cíngulo anterior y la corteza temporal bilateralmente (con mayor respuesta en el hemisferio derecho) así como en el tálamo, indicando que las alucinaciones auditivas pueden estar mediadas por una red distribuida de áreas corticales y subcorticales (Shergill, 2000). También se ha sugerido que la liberación de la actividad nerviosa en zonas corticales sensoriales primarias, fruto de una pérdida de la inhibición de las zonas corticales o subcorticales de asociación, dañadas por diversos procesos patológicos está relacionada con la patogenia de las alucinaciones. Así, el fenómeno alucinatorio se produce como resultado de la actividad autónoma de las estructuras nerviosas no dañadas (Asaad, 1986). Otras teorías han descrito receptores de la serotonina para sustancias alucinógenas como el LSD, la privación sensorial como forma de inducción y aspectos psicodinámicos relacionados a la comprensión del contenido alucinatorio más que a la causa subyacente del mismo.

De acuerdo a su origen las alucinaciones pueden clasificarse de la siguiente manera (Eguíluz, 2005):

FISIOLÓGICAS Experiencias perceptivas del sueño, casi siempre en la esfera visual que algunos individuos presentan antes de dormirse. Pueden aparecer también en situaciones fisiológicas extremas como la hipertermia o la hipotermia, la privación de agua o alimentos y la hiperventilación.

AMBIENTALES En determinadas situaciones de aislamiento sensorial (experimental o natural) o de sobrecarga sensorial. Se han documentado también en casos de aislamiento social (aunado a un componente de ayuno).

ORGÁNICAS Provocadas por enfermedades somáticas que afectan a órganos sensoriales como el ojo, las vías ópticas o el oído. En la epilepsia pueden aparecer vivencias alucinatorias acústicas, visuales, olfativas, etc. tanto dentro de episodios psicóticos agudos como también en las psicosis paranoides alucinatorias prolongadas de los epilépticos y en el aura de un ataque o crisis comicial.

PSIQUIÁTRICAS En Esquizofrenia se observa una actividad alucinatoria sobre todo en la esfera auditiva, también cinestésicas y ocasionalmente las ópticas, casi siempre van acompañadas de la formación de ideas delirantes. En la depresión algunas alucinaciones olfativas y auditivas son congruentes con el estado de ánimo del paciente.

Para Henry Ey (1965) la organización psíquica del ser consciente está estructurada de tal forma que es antialucinatoria, para poder adecuar al sujeto a la realidad de su mundo. La alucinación escapa al control de la conciencia y es irreductible, porque no habiendo objeto que percibir, la alucinación otorga una realidad falsa que revierte y es integrada de nuevo en la propia conciencia. De esta manera, se explicaría por qué las alucinaciones no poseen una naturaleza puramente sensorial, sino una naturaleza psíquica o cognitiva. Las “voces” serían, en realidad, la propia voz del sujeto que, inconsciente de la alteración de su experiencia, las transfiere a otro lugar, fuera de su conciencia (Eguíluz, 2005). Otros autores como Slade y Bentall (1988) proponen que las alucinaciones se producen a causa de un déficit en la habilidad metacognitiva de evaluación y/o de discriminación de la realidad. La cuestión no estaría en la información disponible sino en las inferencias que la persona hace de esa información, si lo que se atribuye de modo erróneo es el habla internalizada o pensamiento verbal, entonces la alucinación será auditiva, si son imágenes mentales, será visual. Una serie de determinantes que favorecerían la aparición de la alucinación (facilitando el fracaso de la discriminación de realidad del sujeto) serían: el incremento de la

activación (arousal) por el estrés, la sugestión, el déficit intelectual, la estimulación ambiental, los mecanismos de refuerzo, las expectativas y las creencias del sujeto. De acuerdo a su complejidad las alucinaciones pueden clasificarse como elementales o simples (ruidos, zumbidos, resplandores, luces, etc.) o bien complejas o escénicas si son (imágenes, figuras piezas teatrales o musicales). De acuerdo a la esfera sensorial involucrada se clasifican de la siguiente manera (Eguíluz 2005):

Visuales	Van desde las vivencias ópticas elementales amorfas, fognazos de luz, coloreadas o en blanco y negro, hasta las visiones de personas animales u objetos. Están relacionados con el delirium tremens y con los cuadros de intoxicación por alucinógenos.
Auditivas	Son las más frecuentes. Van desde sonidos amorfos y cuchicheos hasta las más complejas como frases, o voces de contenido amigable o amenazante. Es común en Esquizofrenia experimentar voces que comentas sus propias acciones, eco de pensamiento y alucinaciones imperativas.
Gustativas y olfativas	Suelen ir unidas, y van acompañados de ideas delirantes y estados de ánimo exacerbados.
Táctiles (hápticas)	Se refieren a sensaciones cutáneas, mezclándose con sensaciones de deformación corporal en general.
Cinestésicas	Suelen presentarse como transiciones de las alucinaciones táctiles. Son sensaciones de estar vacío o hueco, disecado o ser de piedra. Se llaman también alucinaciones viscerales o somáticas. Van acompañados de delirios.
Cinestésicas o motoras	El individuo experimenta la sensación de ser desplazado activa o pasivamente o bien una fuerza inhibitoria que no le deja moverse.

Algunos otros fenómenos alucinatorios se dan cuando un estímulo causa la alucinación, por ejemplo en la Esquizofrenia, si un paciente oye la voz de Dios al mismo tiempo que escucha el tic tac de un reloj, cuando el reloj se para deja de oír esa voz; las alucinaciones reflejas cuando una modalidad sensorial se asocia con una imagen basada en otra, por ejemplo un paciente puede sentir dolor cuando otra persona estornuda; alucinaciones negativas cuando el sujeto no percibe algo que existe, pero tampoco se comporta como si su ausencia fuera real, y las alucinaciones autoscópicas que pueden producirse en sujetos normales cuando están deprimidos o muy alterados emocionalmente o en estados de agotamiento

físico y sucede cuando el sujeto se ve a sí mismo y sabe que es él (imagen fantasma en el espejo) o viceversa.

2.3 Los Sueños, el Delirio y las Alucinaciones

Los sueños se caracterizan por una imaginación alucinatoria vívida y plenamente formada con predominio del sentido visual aunque las sensaciones auditivas, táctiles y cinéticas también están presentes. Se ha llegado a considerar que la actividad onírica es alucinatoria porque la mayoría de las personas carece de la capacidad para discernir la verdadera naturaleza del estado que experimenta esas insólitas sensaciones sensoriales. Durante un sueño se suelen considerar los acontecimientos de éste como si fueran reales, aun cuando, después de despertar, se les reconoce de inmediato como invenciones. La emoción fluctúa mucho en relación con el contenido mental extravagante y vívido del sueño: angustia, miedo y sorpresa son las emociones más comunes y éstas sufren una acusada intensificación durante la actividad onírica. Hobbson propuso en 1988 que algunos de los fenómenos presentes en la actividad mental onírica se asemejan a los estados psicóticos y demenciales, es decir, si no fuera por el hecho de permanecer dormidos mientras ocurren estos fenómenos podría decirse que durante el sueño todos somos cabalmente delirantes y dementes. Para él, el estudio de los sueños es el estudio de un modelo de enfermedad mental.

Así, en el sueño, la actividad mental es diferente a la de la vigilia porque las imágenes que se forman surgen cuando no hay entrada sensorial externa ni salida motora. Según la hipótesis de activación-síntesis de Hobbson (1994), la alucinosis sensorial de la experiencia onírica es el concomitante directo y necesario de la activación específica de los circuitos cerebrales sensoriomotores. Estos circuitos vinculan el tallo cerebral a otros centros subcorticales, a las neuronas motoras superiores y a las neuronas sensoriales analíticas de la corteza cerebral. De esta manera estas neuronas pueden procesar dicha información de la misma manera que si estuviera en vigilia; el cerebro sabe en qué estado está sólo por el contexto. Como las percepciones más organizadas derivan del estado de vigilia, el cerebro

activado del sueño MOR supone que está despierto a pesar de la organización claramente diferente de la experiencia. Según esta teoría, el cambio de modo de procesamiento de la información (sueño-vigilia) que provoca la suspensión del disparo neuronal aminérgico contribuye a que se pierda la referencia, de esta manera se sostiene la hipótesis de que los mecanismos fisiológicos de los sueños pueden funcionar como un modelo para entender la psicopatología, especialmente de los delirios y las alucinaciones ya que, aunque los síntomas psicóticos tienen, como los sueños, significados individualmente específicos, no son tales significados los que generan la experiencia psicótica, más bien, el cerebro adjudica el significado a señales generadas internamente y el desequilibrio o deficiencia fisiológica conlleva a la falta de discernimiento entre experimentar el sueño MOR o experimentar la psicosis en estado de vigilia. Así, las alucinaciones visuales, los delirios y lo efímero de las escenas de los sueños sugerirían que la causa de lo subyacente del estado onírico es una inestabilidad o desequilibrio fisiológico temporal, más que un déficit estructural permanente. La causa común del delirio es un cambio súbito en el equilibrio de las sustancias químicas encefálicas, si los niveles de norepinefrina, serotonina o acetilcolina cambian de modo súbito, aunado a las vulnerabilidades presentes en el desarrollo de la psicopatología entonces, la manifestación sintomatológica dependería del contexto en que se presenten aun cuando puedan ser entendidas bajo dos dimensiones de un mismo mecanismo cerebral (Hobbs, 1994).

Entonces, soñar es un modelo de psicopatología, una psicosis funcional normal cuyo entendimiento podría proporcionar una clave para disfunciones psiquiátricas mayores. La actividad onírica (y el sueño MOR) revela los mecanismos de las alucinaciones y los delirios e incluso de la desorientación y pérdida de memoria de las demencias orgánicas. Al igual que la condición mental de la Esquizofrenia, la de la actividad onírica también es flexible a nivel asociativo. Existe una vinculación entre la actividad mental en estos trastornos y la actividad confabulatoria de los sueños, en el espectro emocional es frecuente que la activación onírica imite la manía y el estado de ansiedad y de pánico aunque raras veces la depresión

(Hobbson, 1988). Finalmente, la propuesta de Hobbson (1994) es que los sueños no son un modelo de una psicosis, son una psicosis, sólo que sana.

Si resulta válida esta similitud, entonces podría suponerse que las personas psicóticas, pueden llegar a tener episodios psicóticos lúcidos, y de hecho así sucede, cuando los pacientes logran este “*insight*”, por fin se dan cuenta de que están psicóticos y es un primer paso hacia la recuperación. Y aunque todavía padecieran los efectos de su enfermedad pueden comenzar a recuperar el dominio.

2.4 Neuropsicología de la Esquizofrenia

El rol del neuropsicólogo en el diagnóstico de la Esquizofrenia tomó fuerza a principios de los años 90 del siglo pasado, cuando la utilización de pruebas cognoscitivas tomaron importancia al hacer una diferenciación clínica significativa al comparar pacientes con distintos trastornos y describiendo las características particulares que los representaban. Las primeras diferencias detectadas fueron de carácter cuantitativo, llevando a vislumbrar una caracterología más amplia para el deterioro cognoscitivo en la Esquizofrenia. Durante muchos años, la explicación aceptada de ese pobre rendimiento era que, como la Esquizofrenia es un trastorno funcional, ese bajo rendimiento en realidad reflejaría factores de baja cooperación, falta de motivación o los efectos de interferencia de anomalías del estado mental, tales como recelo, distracción, preocupación con las experiencias psicóticas e incoherencia del habla.

Se ha demostrado ampliamente que los pacientes con Esquizofrenia puntúan más bajo en pruebas neuropsicológicas que miden las funciones ejecutivas del cerebro como son el planeamiento y la inhibición de procesos relevantes (Dergan, 1987) comprensión de problemas y abstracción, atención, memoria y flexibilidad cognitiva (Lysaker, 2010). Se ha descrito un deterioro significativo en muchas de las pruebas (aunque no en todas) particularmente en aquellas que son sensibles a las funciones de los lóbulos temporales y frontales.

Las baterías de pruebas neuropsicológicas en Esquizofrenia se han utilizado con el propósito de descubrir y establecer perfiles más bien de tipo cognoscitivos y comportamentales que pudieran dar indicios de posibles áreas comprometidas en este trastorno. En la prueba de Inteligencia de Weschler (WAIS) se ha reportado que los pacientes esquizofrénicos puntúan bajo en las sub-escalas de comprensión, dígitos y vocabulario. También se han descrito discrepancias en los puntajes obtenidos en el índice de comprensión verbal y los índices de organización perceptual, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Aunque el hecho de que algunas pruebas para medir el Coeficiente Intelectual (CI) sean resistentes al deterioro intelectual mientras que otras son sensibles, sugiere que un CI bajo en Esquizofrenia representa un declive de los niveles normales tras el comienzo de la enfermedad más que un rasgo característico de toda la vida. Aun siendo importantes los hallazgos no se pueden considerar como evidencia del deterioro intelectual, ya que las pruebas de CI son regularmente largas y los pacientes suelen ser poco cooperativos o tolerantes, en otros, el trastorno formal del pensamiento puede crear respuestas difíciles de interpretar. Por otra parte, con base en resultados de la aplicación de la batería Neuropsicológica Luria-Nebraska en poblaciones con Esquizofrenia, se ha llegado a concluir que existen bases suficientes para asumir lesiones cerebrales de algún tipo en Esquizofrenia (Turisch, 1978, en Dergan 2006). Otros estudios han demostrado que los pacientes esquizofrénicos y pacientes orgánicos con lesiones en el hemisferio izquierdo mostraban deficiencias en el área de comprensión verbal.

Cuando se han comparado grupos con diferentes diagnósticos psiquiátricos se han encontrado diferencias interesantes. Al aplicar una prueba de diagnóstico afásico, se demostró que los pacientes esquizofrénicos cometían mucho más errores de tipo lingüístico que aquellos pacientes que tenían trastornos de tipo afectivo (Taylor, 1979 en Dergan, 2006) concluyeron que en la Esquizofrenia existe un malfuncionamiento de las áreas localizadas en el hemisferio izquierdo, mientras que en el trastorno bipolar el trastorno puede ser más bien localizado en el área hemisférica derecha de la corteza cerebral, basados en la evidencia de

que pacientes con trastornos afectivos cometían más errores en funciones localizables en este hemisferio (perceptuales, visomotores, espaciales, etc.).

Por lo tanto, estos hallazgos indican que la Esquizofrenia va acompañada de una tendencia a experimentar deterioro intelectual importante. En pacientes agudos es generalmente leve y a veces puede que no ocurra, pero sí se puede detectar en muchos casos con tests de CI o usando baterías de pruebas neuropsicológicas. Cuando el trastorno se hace más severo y crónico, se puede demostrar más fácilmente el deterioro. En una proporción de los casos más gravemente afectados equivale a las características deficitarias descritas en las demencias.

Existen pocos estudios que prueben que el proceso visual esté dañado en la Esquizofrenia. Los déficits que han aparecido (e.g. umbrales más elevados para la detección de los estímulos sensoriales) parecen ser resultados secundarios a otros trastornos y no primariamente perceptivos. (Aldaz, 1996) En cuanto al pensamiento desorganizado, se ha hipotetizado que cuando el sujeto esquizofrénico procesa la información verbal o meramente sensorial, los procesos automáticos responden de manera desproporcionada a la intensidad del estímulo, debido a la falta de regulación y control volitivo. Esto presupone la relación entre la actividad cortico-frontal y las áreas sensoriales específicas que están disminuidas en pacientes esquizofrénicos, resultando en el trastorno de áreas cognoscitivas como la organización lingüística selectiva y la memoria voluntaria comúnmente vistos en este trastorno (Dergan, 1987).

También se ha demostrado una correlación directa entre el bajo nivel de actividad frontal y la pobreza motora presente en algunos tipos de Esquizofrenia; mientras que otros estudios continúan reforzando la idea de que un aumento en la dopamina puede aumentar el control voluntario del acto pero a dosis excesivas, causa más bien desorganización de los centros superiores cerebrales que lo controlan. Incluso podría postularse que dado este incremento anómalo de dopamina en el área interior del córtex cerebral, el paciente delirante incrementa su actividad a un nivel que, gradualmente deviene, en forma de un proceso inhibitorio anómalo en el cual el sujeto pierde la perspectiva de diferenciar lo real de lo imaginario. A su vez este nivel inhibitorio, podría presentar una variabilidad

lineal relacionada al grado de patología y desde luego a diferencias individuales entre poblaciones con diversos trastornos psicopatológicos (Dergan, 2007).

Por otra parte, tomando en cuenta la tipificación factorial de Crow (1994) (Tipo I fase aguda, Tipo II fase crónica), se puede observar que en el tipo I la memoria no sufre mayor daño clínico; sin embargo, en el tipo II existen más bien daños mnemónicos evidentes como para poder hablar de un tipo de deterioro particular para la Esquizofrenia; hipotetizando una deficiencia neurofisiológica de tipo témporo-hipocámpico como la base neuroanatómica de los trastornos de la memoria a corto plazo. También se ha descrito que existe una merma en la Esquizofrenia para inhibir estímulos irrelevantes y más bien enfocar en aspectos importantes de la tarea perceptual. Esta función está sujeta a la actividad inhibitoria de la zona frontal del córtex cerebral, congruente con la hipótesis de que en la Esquizofrenia existe hipo-actividad del área frontal.

Finalmente Dergan (2007) propone una integración de los hallazgos neuropsicológicos encontrados en la Esquizofrenia, planteando un modelo multidimensional, en el cual la Esquizofrenia puede ser entendido como un síndrome multivariado, con factores heterogéneos y homogéneos que interactúan factorialmente y en donde la predominancia de una sistema (unidad o circuito) puede incluir o excluir estos factores dependiendo de los mecanismos específicos en el plano psicológico y fisiológico que en un momento determinado estén comprometidos. Una de las premisas de este modelo es que mientras que a nivel límbico existe una sobre activación dopaminérgica, lo contrario ocurre a nivel frontal, donde se trataría más bien de un déficit o disminución de dopamina, de allí que a nivel general, el desbalance neuro-químico dopaminérgico puede más bien causar un trastorno neuro-fisiológico en el circuito neuronal retículo-límbico-cortical produciéndose los trastornos neuro-dinámicos descritos en la Esquizofrenia. Los delirios paranoicos pueden explicarse más bien como una sobre-generalización, sin carácter discriminatorio que pasa de lo concreto a lo abstracto sin inhibir datos irrelevantes en el procesamiento de la información. Las alucinaciones visuales y auditivas podrían ser explicadas como un trastorno de la regulación frontal en las áreas auditivo-visuales del córtex cerebral. El exceso de activación subcortical

produce una desorganización alucinógena vista en estas áreas. La función consciente que delimita lo real de lo no real, está trastocada en las alucinaciones produciendo al mismo tiempo una desorganización sensorial, es decir, que aspectos perceptuales concretos del objeto se confabulan, perdiendo su carácter organizado.

Respecto a otras áreas de afectación, propone que las áreas medio-basales conectadas a los núcleos talámicos, al disminuir su actividad integradora, desconectan el tono emocional que acompaña toda actividad cognoscitiva, produciéndose lo que se conoce como afecto inapropiado, observado frecuentemente en el paciente esquizofrénico; también podrían observarse deficiencias en el lenguaje interno y la actividad pensante, perdiendo el individuo más bien la capacidad de dirigir su conducta a metas específicas. La voluntad también podría ser explicada por este mecanismo. Como resultado de estos cambios patofisiológicos, las áreas corticales de integración a nivel prefrontal, pierden su papel selectivo en relación a las áreas de asociación de los analizadores corticales posteriores, observándose una incapacidad para integrar de manera simultánea y concisa diversos estímulos sensoriales; de allí que la actividad cognoscitiva de la Esquizofrenia, tenga características de tipo extraño y desorganizado.

3. CREATIVIDAD

3.1 Definición

La creatividad es uno de los rasgos humanos que han permitido su evolución, trascendencia y permanencia en el mundo, ha estado presente en la historia del hombre como materia prima para desarrollar herramientas, sistemas de supervivencia, para explicar el mundo, etc. La creatividad no es un proceso lógico racional. Aunque la organización, estructura y planeación contribuyen a diseñar la forma general de una obra, un edificio o una pintura, la esencia de un producto creativo no puede ser planeado concienzudamente o deseado que exista (Andreasen, 1996 en Schildkraut, 1996). La palabra deriva del latín *creare*: crear, hacer algo nuevo, algo que antes no existía. Algunos autores proponen que es el conjunto de actitudes mediante las que nos complementamos nosotros mismos, en el sentido de una cierta “autoactualización”. Otros suponen que es sobre todo habilidad para mirar de forma novedosa a objetos y situaciones familiares. La creatividad supone innovación pero exige, además la existencia de originalidad. Arieti (1993 en Guimon, 2003) matiza las diferencias entre originalidad y creatividad, pues una persona que tiene gran abundancia de fantasías o ideas originales no será considerada creativa si no las lleva a la práctica de alguna manera. Actualmente no existe una definición unitaria de creatividad; esto no significa que no haya un común denominador de los diferentes conceptos de esta cualidad. Este común denominador acentúa la idea de “algo nuevo” independientemente de lo que esto nuevo pueda ser: una poesía, una decisión política, un cuadro, una hazaña deportiva o también un recién nacido. A pesar de ello no todo lo nuevo es creativo en el mismo sentido, muchos autores hacen énfasis en el valor pragmático y/o social de la creación, de esta manera, un producto, experiencia, etc. creativa lo es en la medida que cumple una función en su medio circundante. Algunos otros elementos en común consisten también en la capacidad de descubrir relaciones entre experiencias antes no relacionadas, que se manifiestan en forma de nuevos esquemas mentales, como experiencias, ideas y procesos nuevos.

Por otra parte se puede llamar creación a toda actividad humana generadora de algo nuevo, ya se trate de reflejos de algún objeto del mundo exterior, o de determinadas construcciones del cerebro o del sentimiento que viven y se manifiestan únicamente en el ser humano. La consideración que merecen las obras creativas tiene, además connotaciones culturales y el paso del tiempo hace variar lo que se considera como creativo.

Para Mihaly (1996) la creatividad sólo se puede observar en las interacciones de un sistema compuesto por tres partes principales: el primer componente es el “campo” que consiste en una serie de reglas y procedimientos simbólicos. Los campos están ubicados en lo que habitualmente llamamos cultura, o conocimiento simbólico o compartido por una sociedad particular, o por la humanidad como un todo. El segundo componente es el ámbito, que incluye a todos los individuos que actúan como guardianes de las puertas que dan acceso al campo. El tercer componente es la persona individual, cuando usando los símbolos de un dominio dado, como la música, la ingeniería, los negocios o las matemáticas, una persona tiene una idea nueva o ve una nueva distribución, y cuando esta novedad es seleccionada por el ámbito correspondiente para ser incluida en el campo correspondiente. Así, la definición de creatividad es cualquier acto, idea o producto que cambia un campo ya existente, o que transforma un campo ya existente en uno nuevo. Y la definición de persona creativa es: alguien cuyos pensamientos y actos cambian un campo o establecen un nuevo campo. Sin embargo un campo no puede ser modificado sin el consentimiento explícito o implícito del ámbito responsable de él. Sin embargo, esta postura no toma en cuenta a la creatividad como un rasgo de la persona.

Las culturas antiguas atribuían a las capacidades creativas del hombre a la acción de lo sobrenatural, de lo divino, era una irrupción del más allá en el acontecer humano. Los griegos creyeron durante más de mil años en las musas, seres divinos que inspiraban a los artistas, a los sabios, a los inventores, etc. Las culturas del sureste asiático aún veneran y piden el favor a la diosa de las artes y la creatividad antes del acto creativo.

Actualmente las neurociencias han brindado explicaciones en torno a cómo funciona la creatividad con base en las funciones de los hemisferios cerebrales, la genética explica la creatividad con base en factores hereditarios, resultado a su vez, de combinaciones de los genes del padre y de la madre. La investigación sobre la creatividad adquirió una amplia base a partir de 1950, fecha en que Guilford publicó su investigación sobre los diversos factores de la inteligencia y el pensamiento divergente. A partir de ese momento se abrió todo un panorama sobre las implicaciones del pensamiento creativo.

3.2 Tipología

La creatividad implica la combinación de varias cualidades: el poder de la fantasía tal que trascienda la realidad, la capacidad de descubrir relaciones entre las cosas, sensibilidad y fuerza en la percepción, cierto grado de inquietud y anticonformismo, la capacidad de visualizar cosas inéditas, facilidad para imaginar hipótesis, audacia para emprender nuevos caminos, etc. Hay una serie de características que tienen validez tanto para un profesional de la administración como para un político, un artista o un científico. Algunas de ellas se agrupan bajo el concepto de pensamiento divergente propuesto por Guilford (1957 en Matussek, 1984):

- **Fluidez de ideas.**- En las personas creativas las ideas fluyen de manera constante.
- **Flexibilidad.**- Las personas creativas no sólo piensan con mayor fluidez, sino con mayor flexibilidad, es decir, pueden hacer que sus ideas pasen de un campo a otro con mayor rapidez y frecuencia. La espontaneidad y la dinámica creativas no se agotan, son elementos constitutivos de la creatividad, no sólo las ocurrencias, las “inspiraciones súbitas”, sino el modo de valorarlas.
- **Originalidad.**- Las personas creativas tienen ideas más originales y ocurrencias más sorprendentes. Para ser original hay que mantenerse distanciado de las corrientes de la moda y renunciar al aplauso de la mayoría. La persona creativa

tiene una especie de olfato para lo todavía no pensable, despreocupación frente a las proscipciones y los tabúes.

- Capacidad de nuevas definiciones.- Las personas creativas reflexionan con mayor rapidez y facilidad, pasando por encima de las formalidades.

- Sensibilidad para los problemas.- Las personas creativas pueden problematizar las cosas y los nexos causales con mayor facilidad que los no creadores. Son muchas las personas que tienen excelentes ideas pero que no son capaces de crear los presupuestos necesarios para su realización; la actividad creativa no es sólo el resultado de un determinado modo de pensar. Es también una expresión de la personalidad.

Al hablar de creación se han dibujado varios campos de trascendencia: la ciencia, el arte, la tecnología, los negocios, la política. Bajo estos términos podríamos hablar de una función pragmática de la creación en donde la creatividad representada a través de la manifestación de una idea novedosa resulta útil y/o práctica dentro de un contexto social de esta manera el valor que a la creatividad se da en estos campos pueden representarse de la siguiente manera (Rodríguez Estrada, 1989):

La verdad	Las ciencias	Descubrir, experimentar, interpretar, expresar objetivamente.
La belleza	Las Bellas Artes	Percibir finamente, sentir, reaccionar con simpatía, expresar lo subjetivo.
La utilidad	La tecnología	Combinar, aplicar, construir, adaptar, explotar.
La bondad (amor, respeto, justicia, etc.)	La sociedad (política, educación, etc.)	Dominar, motivar, compartir, ayudar, coordinar, comunicar, servir.

Dentro de esta disección de los posibles valores de la creatividad, los campos pueden superponerse entre sí.

Una de las teorías más aceptadas y utilizadas sobre el proceso creador la realizó Joseph Wallas (1926) quién creyó que el proceso creador consiste en cuatro etapas: de preparación, de incubación, de iluminación y de verificación. Por otra

parte, Rossman (1931) y Osborn (1953) agregaron más elementos a esta premisa básica de Wallas, éstas aparecen en el siguiente cuadro (Arieti, 1993):

Rossmann (1931)	Osborn (1953)
1.- Observación de una necesidad o dificultad	1.- Orientación: señalar el problema
2.- Análisis de la necesidad	2.- Preparación: recabar los datos pertinentes
3.- Una revisión de toda la información disponible	3.- Análisis: descomposición del material pertinente
4.- Una formulación de todas las soluciones objetivas	4.- Ideación: apilar alternativas, para contar con más ideas
5.- Un análisis crítico de estas soluciones, en busca de sus ventajas y desventajas	5.- Incubación: “dejar las cosas abiertas”: invitar a la iluminación
6.- El nacimiento de la idea nueva: la invención	6.- Síntesis: unión de las piezas
7.- Experimentación para probar la solución más prometedora, y la selección y perfección de la encarnación final por alguno de los pasos previos, o todos ellos	7.- Evaluación: Juzgar las ideas resultantes

Chávez (2004) describe que el proceso creativo comprende tres fases que se superponen: (A) Asociación-integración: de forma sucesiva y en un tiempo variable, la persona realiza asociaciones entre elementos del mundo externo y elementos de su subjetividad. Conectando ideas, incorporando elementos nuevos de su realidad externa y su realidad interior, conectando imágenes, sensaciones, percepciones y emociones. Durante esta fase ocurre una integración perceptual, sensorial, cognitiva y afectiva, (B) Elaboración: la persona trabaja con las asociaciones construyendo una obra, valiéndose de sus talentos y habilidades particulares. Esta fase es consciente e implica la volición, (C) Comunicación: al mostrar la obra a otros se transmiten y se reproducen en ellos las asociaciones y la experiencia sensorial y afectiva. Al participar de la obra el o los sujetos receptores descubren y se percatan de las asociaciones originales y producen nuevas asociaciones tanto en el mundo externo como en su propia subjetividad y la realidad global es comprendida desde otra perspectiva. La comunicación culmina el proceso pero al mismo tiempo inicia nuevos procesos creativos. La creatividad implica además una integración de los procesos afectivos, cognitivos y sensoriales de formas inusuales y novedosas.

Existen otros modelos que han intentado explicar el fenómeno creativo: para el psicoanálisis, hay una semejanza entre neurosis y creatividad en el sentido que ambas se originan en conflictos que brotan de impulsos biológicos fundamentales, es decir, son intentos de resolver conflictos que se originan en el inconsciente. El concepto de sublimación o diversión de la energía sexual a partir del objetivo original desempeña un papel importante en el concepto psicoanalítico de creatividad, en conclusión la persona creadora es un individuo frustrado que no puede satisfacerse en la gratificación sexual ni en otros aspectos de la vida y que, por lo tanto, encuentra esa satisfacción en la creatividad.

3.3 Fenomenología

Existen algunos fenómenos inherentes a la creatividad, es decir ciertos elementos que son “condición” o “mecanismo obligado” para que se lleve a cabo el fenómeno creativo. Se ha relacionado la creatividad con la inteligencia, en el sentido de considerar más probable que las personas con un cociente intelectual mayor sean más creativas. Sin embargo otros autores han relacionado la creatividad más con un estilo cognitivo de pensamiento “lateral” (o pensamiento “divergente” como lo denominó Guilford). Koestler (1985) habló del concepto de “bisociación, presente en los procesos creativos como “una ocurrencia mental asociada simultáneamente a dos contextos creativos habitualmente incompatibles”.

Otros autores proponen que la creatividad derivaría de una capacidad extraordinaria de establecer asociaciones entre las ideas, de modo que, cuantas más asociaciones formaran los individuos, más creativos serían, por otra parte, algunos test de creatividad han demostrado que las personas creativas tienden a tener en sus mentes varias ideas diferentes al mismo tiempo.

Strenberg y Lubart (1999) proponen que la creatividad tiene tres facetas: inteligencia, estilo cognitivo y personalidad-motivación. Hay seis características que se pueden relacionar con la alta creatividad: falta de convencionalismo; capacidad de realizar conexiones entre ideas muy separadas, existencia de gusto

e imaginación, capacidad de tomar decisiones y de abandonar caminos cerrados, no seguir ciegamente la sabiduría convencional y un alto grado de motivación. Las personas creativas tendrían, además, que tener capacidad de tolerar la ambigüedad y de superar los obstáculos que se le presenten en el proceso creativo. Debería además, tener un intenso deseo interno de crear y de obtener reconocimiento público. Aunque las personas creativas pueden ser inteligentes, no es requisito tener un CI alto, de hecho puede llegar a inhibir los recursos internos de la persona porque su autocrítica se vuelve demasiado rígida o porque aprende demasiado pronto lo que el medio cultural puede ofrecerle. Por lo tanto podría decirse que una gran capacidad de deducción y uso de la lógica y matemáticas puede crear pensadores disciplinados pero no necesariamente personas creativas.

Por otra parte, Arieti (1993) llama "pensamiento paleológico" al pensamiento que no es lógico ni alógico, más bien sigue una lógica distinta a la que suele usar el ser humano contemporáneo, un mundo interpretado con este tipo de pensamiento está relacionado en muchos aspectos al pensamiento mágico y al mundo mítico presente en las expresiones culturales de los pueblos antiguos y culturas aborígenes de hoy. Es un tipo de pensamiento que establece relaciones entre dos o más conceptos, combinándolos para formar un nuevo concepto que puede o no ser congruente con la lógica concurrente, pero que tampoco se aleja de la realidad. Es un tipo de asociación congruente pero con la certeza de que a pesar de la congruencia no es necesariamente real o posible. Los niños también hacen uso de este tipo de pensamiento, establecen una relación alterada entre palabra y significado, por ejemplo, cuando un niño aprende que mamá es una mujer puede comenzar a llamar a todas las mujeres de la misma manera, o bien puede pensar que es una lástima que las ventanas de los aviones no se puedan abrir o bien que su compañero de juegos es el rey de un castillo de un mundo fantástico. Este tipo de pensamiento está presente en el ser humano en un grado mínimo, incluso inconsciente, pero se manifiesta principalmente en pacientes con psicopatología, por ejemplo en Esquizofrenia.

3.4 *Imaginación*

La imaginación es la capacidad espiritual de producir o reproducir varias funciones simbólicas encontrándose en estado de conciencia, de vigilia, sin ningún esfuerzo deliberado por organizar estas funciones. La imaginación excluye todo lo que no puede adoptar o aún no ha adoptado una forma, sea verbal o no verbal, siendo un requisito o un precursor de la creatividad (Arieti, 1993). Vigotsky (2003) consideró que la actividad creadora basada en la combinación o la asociación de dos o más elementos supuestamente dispares entre si se le llama imaginación o fantasía. Puede considerarse a la imaginación y la fantasía como algo irreal, algo que no se ajusta a la realidad y que por lo tanto podría carecer de un valor pragmático. La imaginación como base de toda actividad creadora se manifiesta por igual en todos los aspectos de la vida cultural haciendo posible la creación artística, científica y técnica. Así, podríamos considerar que todo lo que nos rodea es producto de la mano del hombre, que planeó, diseñó y realizó como producto de la imaginación.

Para no perderse en la irrealidad, el vínculo entre la realidad y la fantasía consiste en la idea de que toda elucubración se compone siempre de elementos tomados de la realidad extraídos de la experiencia anterior del humano, difícilmente la imaginación crea de la nada o a partir de fuentes de conocimiento distintas a la experiencia pasada. El análisis de las elucubraciones más fantásticas y alejadas de la realidad como son los mitos, los cuentos, las leyendas, los sueños (incluso los delirios psicóticos) refleja que éstas no son más que nuevas combinaciones de los mismos elementos tomados, a fin de cuentas, de la realidad, sometidos simplemente a modificaciones o reelaboraciones en nuestra imaginación.

La imaginación puede crear nuevos grados de combinación, mezclando primeramente elementos reales, combinando después imágenes de fantasía ya sí sucesivamente; y aún los elementos o las imágenes más alejadas de la realidad constituyen siempre impresiones de la realidad. Para concluir, podría decirse que toda actividad creadora de la imaginación se encuentre en relación directa con la riqueza y diversidad de la experiencia acumulada por el hombre, porque esta

experiencia ofrece el material con el que se maneja en la fantasía (Vigotsky, 2003).

La fantasía se apoya en la memoria, en sus datos, y establece nuevas combinaciones, sin embargo, la imaginación también puede ampliar la experiencia del hombre al llevarlo a imaginar estas nuevas conexiones entre elementos, y al hacerlo imaginar las posibles soluciones o los posibles “ensayos” del resultado final que aún no existe y posiblemente no ha existido. Otro componente importante de la imaginación y su vínculo con la realidad es el enlace emocional, éste sería el aspecto más interno y más subjetivo de la imaginación aunque es además uno de los elementos más poderosos en cuanto al producto final creativo se refiere. El contacto de la imaginación con factores emocionales son primordiales cuando el artista crea una obra de arte, por ejemplo en una escena teatral los sufrimientos y anhelos de personajes imaginarios, sus penas y alegrías nos emocionan contagiosamente pese a la certeza de saber que no son personajes ni situaciones reales, sino elucubraciones de la fantasía producto de un hombre creativo; sin embargo al experimentarlas a través del producto artístico, creemos que son reales y las sufrimos en verdad, seria y hondamente. También la base psicológica del arte musical radica en extender y ahondar los sentimientos del autor quien se encargó de reelaborarlos de una manera creativa e incluso bella y estética.

Por último, la imaginación es descrita como el mecanismo que utiliza la imaginación para crear imágenes, y desempeña un papel decisivo en el proceso de creatividad. La capacidad que tienen las personas para crear imágenes varían de persona a persona y de organismo a organismo, algunos recurren a la intoxicación o a la privación sensorial. Sin embargo la imaginación es una función común de la mente y pueden brotar de manera espontánea si se ponen las condiciones adecuadas. Las imágenes aparecen de forma vívida, como reproducciones fotográficas de objetos antes percibidos y de acuerdo al estado de regulación del sistema de activación y regulación mesencefálica. Se ha reportado a través de biografías, historias, novelas y otras fuentes que muchos artistas, y científicos a lo largo de la historia tuvieron algún tipo de imagen (alucinatoria o no) como génesis de su producto creativo final. De la misma manera, la génesis de la sintomatología

alucinante o delirante está llena de imágenes y símbolos conscientes e inconscientes, podría decirse que en ambos casos es la génesis para generar un producto. Así, podría concluirse que la imaginación surge no sólo como el proceso primero o más primitivo de reproducir o representar lo real, sino también como el proceso primero o más primitivo de crear lo irreal. Podría decirse, que la imaginación desempeña la función de reproducir aquello que no está disponible o de producir aquello que no está presente. Poseer lo ausente al menos de manera mental puede satisfacer deseos y necesidades de las personas, y es también un trampolín hacia la creatividad, de este modo la imaginación podría entenderse como una primera función que permite al ser humano no adaptarse pasivamente a la realidad, no verse obligado a aceptar las limitaciones de la realidad (Arieti 1993). Por otra parte, cuando la imaginación se utiliza demasiado, o muy intensamente, puede conducir al “adualismo” un concepto creado por Baldwin (1992 en Arieti, 1993) quien lo describió en niños normales muy pequeños. Cuando el adualismo ocurre en niños mayores y adultos, en situaciones distintas a los sueños, resulta posiblemente en un estado psicopatológico, en donde experimentar un deseo se vuelve equivalente a su realización. Bajo este punto de vista, este estado ocurre a menudo en la Esquizofrenia en donde, la imaginación sin freno puede provocar una frustración insoportable, produciendo, manifestando y experimentando gran parte de la sintomatología positiva.

3.5 Otras Características

Durante el acto de creación, al igual que sucede en el pensamiento infantil o en los juegos de los niños, existe un fenómeno de exageración, es decir una sub o sobrestimación de las características de determinado objeto o situación que le otorgan una cualidad nueva, diferente y así lo llevan a considerarse como creativo. La exageración más que al producto afecta a la idea, a la génesis del pensamiento creativo, lo cual puede potencializar a su vez, el valor o el impacto del producto final.

El proceso creador difiere de las funciones ordinarias de la mente en la medida en que emplea muchos tipos de símbolos, utilizándolos en distintos contextos y proporciones de modos que estos nuevos contextos y proporciones se convierten a su vez, en símbolos de cosas nunca antes simbolizadas o simbolizadas de manera distinta. Esto quiere decir que la imaginación maneja el lenguaje simbólico como, metafóricamente hablando, un tipo de horno en donde las ideas y las asociaciones nuevas pueden gestarse. Así a través de los procesos simbólicos, las contradicciones con la realidad o las ideas o experiencias que pudieran parecer irreales asumen cierto orden a pertenecer a una categoría simbólica plausible al menos dentro de la estructura funcional hemisférica.

Por otra parte, el humano experimenta una necesidad de adaptarse al medio ambiente que le rodea (Vigotsky, 2003). Si la vida que le rodea no le plantea tareas, si sus reacciones naturales y heredadas lo equilibran plenamente con el mundo en que vive, entonces no habría base alguna para el surgimiento de la acción creativa. El ser que se encuentra plenamente adaptado al mundo que le rodea, nada podría desear y ciertamente no podría crear. Por eso en la base de toda acción creadora reside siempre la inadaptación, fuente de necesidades, anhelos y deseos. Esta característica “adaptativa” es la que comienza a dibujar un posible vínculo entre las características y los rasgos de personalidad de las personas creativas y los pacientes psiquiátricos, entender el mecanismo de la imaginación en función de la creatividad y el vínculo que se establece con la realidad a través del proceso de elaboración de imágenes o ideas es también la base del delirio y de las alucinaciones. No sería raro pensar que ambas personas utilizan este mecanismo (o lo priorizan) como una forma de adaptación a las circunstancias de su mundo circundante, la diferencia estaría en la conciencia que se tiene de ello y en la forma en que individualmente o socialmente se aprecia el valor de ese resultado.

Finalmente, además de las características de experiencia previa, las necesidades y los intereses en los que la creatividad se manifiesta, el medio ambiente que

rodea a la persona creadora juega un papel importante. Todo inventor por más genial que sea, es siempre fruto de su propia época y de su ambiente (Vigotsky, 2003). Su creación partirá de los niveles alcanzados con anterioridad y se apoyará en las posibilidades que existen también fuera de él, de esta manera podría decirse que ningún descubrimiento, invención científica o producto artístico o tecnológico aparece antes de que se creen las condiciones necesarias para su surgimiento.

3.6 Mecanismos Neuropsicológicos

Todo aquello que hace el humano que no se limita a reproducir hechos o experiencias, sino que crea y genera nuevas imágenes, nuevas acciones, pertenece a una función creadora o combinadora. El cerebro no sólo es un órgano capaz de conservar o reproducir nuestras experiencias pasadas, sino que también es un órgano combinador, creador, capaz de reelaborar y crear con elementos de experiencias pasadas nuevas formas y planteamientos. Las investigaciones que han apuntado a describir las características neuropsicológicas de la creatividad se han desarrollado en dos niveles principales: aquellos que utilizan las pruebas psicométricas para evaluar las dimensiones del pensamiento creativo y aquellos que utilizan la neuroimagen ya sea para evaluar la forma en que comporta el cerebro durante una tarea creativa y aquellos que evalúan los correlatos neuroanatómicos después de una tarea dada.

Originalmente a la creatividad se le relacionó con las funciones del hemisferio derecho y se han descrito posteriormente las funciones conjuntas del hemisferio izquierdo; Arieti (1976 en Chávez 2004) asoció la creatividad con el funcionamiento de la corteza temporo-occipito-parietal (TOP) y a su interacción con la corteza prefrontal. Éstas son áreas de asociación y síntesis del funcionamiento ejecutivo donde ocurren también procesos mentales complejos tales como la abstracción y las actividades simbólicas. Arieti propuso que estas áreas transforman estímulos del exterior y de otras partes de la corteza cerebral

en constructos más complejos, comunicándolos a través del cuerpo caloso y el mesencéfalo para la propagación y activación de funciones de selección, memoria y emocionales correspondientes; a su vez estas mismas áreas están involucradas en la acción motora del acto creativo, es decir en la planeación y realización del mismo. Asimismo, destaca que las personas altamente creativas deben tener una actividad incrementada en estas zonas, y sobre todo con su conexión con las áreas hipocampales que le dan el tono emocional necesario para que un producto pueda tener un significado distinto al común.

En el año 2005, Alice Flaherty presentó un modelo tripartito del impulso creativo, derivado de imágenes escaneadas del cerebro. Concluyó que el proceso de la creatividad es resultado de la interacción de los lóbulos frontales, temporales y de la actividad de la dopamina en el sistema límbico. Los lóbulos frontales son los generadores de ideas, mientras que los temporales conducen sus análisis y evaluación, y el sistema límbico/dopaminérgico incrementa la emocionalidad necesaria para la actividad dinámica de crear (Flaherty, 2005).

Miller, Cummings, Mishkin, Boone, Prince, Ponton y Cotman (1998) documentaron tres casos de pacientes que incursionaron en una trayectoria artística pictórica tras haber iniciado con demencia frontotemporal, e incrementaron su productividad artística en los estadios temprano y medio de su enfermedad, sugiriendo que una disminución en la función temporal anterior puede asociarse con un incremento en la actividad artística al disminuir la inhibición de la corteza visual posterior favoreciendo la experimentación de imágenes intensas y memorias visuales no filtradas. Carlsson, Wendt y Risberg (2000), encontraron que durante la realización de una tarea creativa los individuos con mayor índice de creatividad presentan mayor flujo cerebral en ambos lóbulos frontales. Finalmente, Chávez (2004) encontró que el procesamiento central del proceso creativo se realiza en un sistema muy distribuido en el cerebro.

En un meta-análisis hecho por Arden, Chávez, Grazioplene y Jung (2010) revisaron estudios de neuroimagen realizados en cognición creativa, encontrando

los únicos dos resultados de investigaciones que incluyeron artistas en los protocolos:

Petsche (1996)	N= 38	Tarea verbal: (hacer una historia con 10 palabras), mirar 4 imágenes, memorizarlas, crear una nueva imagen mental. Tarea musical: componer una pieza musical mentalmente, y anotarla tras el EEG	Los actos de pensamiento creativo, ya sean verbales, visuales o musicales, se caracterizan por un mayor incremento en la coherencia entre los electrodos occipitales y frontopolares.
Fink et al. (2009)	N= 32	Tareas de improvisaciones dancísticas (imagínate ejecutando una danza de estilo libre). Tarea de vals (imagínate bailando vals) Usos alternativos de un objeto.	Se observaron evidencias de que durante la generación de usos alternativos, los bailarines profesionales mostraron una sincronización { más fuerte en las regiones cerebrales parietales posteriores comparadas con los bailarines novatos. Durante las tareas de improvisación, los profesionales mostraron más sincronización { del hemisferio derecho que el grupo de novatos. No hubo diferencias significativas en las tareas de vals.

3.7 Creatividad y Personalidad

A lo largo de las últimas décadas se han realizado estudios que exploran las características cognitivas y de personalidad en los artistas y científicos, con el objetivo de determinar categorías que incluyan y abarquen pero sobre todo que los describan. Este campo de estudio ha sido estudiado principalmente bajo el Modelo de cinco factores de la personalidad. Este modelo fue desarrollado por Eysenck en 1947 y continuado por Fiske, Tupes y Christal (en 1949 y 1961 respectivamente) y sostiene que la personalidad puede ser descrita a partir de cinco dominios robustos descritos a continuación (Zaidel, 2010):

Factor	Características
Extraversión (Extraversión)	Alta sociabilidad, atrevimiento en situaciones sociales, tendencia a evitar la soledad, tendencia a experimentar emociones positivas, asertivos.
Apertura a la experiencia (Openness to experience)	Imaginación activa, sensibilidad estética, atención a las vivencias internas, gusto por la variedad, curiosidad intelectual, independencia de juicio. Es original e imaginativo.
Responsabilidad (Conscientiousness)	Planificación, organización de tareas. Implica una planificación y persistencia en sus metas, está asociado con la responsabilidad, confiabilidad, puntualidad y escrupulosidad.
Amabilidad (Agreeableness)	Refleja tendencias interpersonales, es altruista y considerado, confiado y solidario.
Neurotismo o Inestabilidad emocional (Neurotism)	Conlleva inestabilidad emocional, ansiedad y mucha preocupación. Presentan una percepción sesgada hacia las situaciones negativas, se caracteriza por falta de homogeneidad en la conducta, baja tolerancia al estrés y poca sociabilidad.

En un meta-análisis realizado por Feist (1998) utilizando como base estos cinco factores, concluyó que los artistas eran más abiertos a nuevas experiencias, menos convencionales y menos responsables, más seguros de sí mismos, con mayor liderazgo, ambiciosos, dominantes, hostiles e impulsivos.

Por otra parte Guilford (1957) subrayó algunas características de las personas creativas: una sensibilidad a los problemas generalizada como requisito para la creatividad, fluidez de pensamiento o fertilidad de ideas que abarca la facilidad de palabra, finalmente la fluidez ideacional es decir la capacidad para producir ideas para satisfacer ciertos lineamientos en un tiempo limitado.

Se han descrito algunas otras características de las personas creativas: las personas originales prefieren la complejidad y cierto grado de aparente desequilibrio en los fenómenos, son más complejas en el aspecto psicodinámico y tienen mayor esfera de acción personal, son más independientes en sus juicios, son más autoafirmativas y dominantes, rechazan la supresión como mecanismo para el dominio de los impulsos, son más observadoras, expresan verdades a

medias, no ven las cosas cómo los demás, son independientes en sus facultades cognoscitivas, son motivadas por talentos y valores, son más capaces de sostener al mismo tiempo muchas ideas y de comparar más ideas, tienen mayor afán sexual y son más vigorosas desde un punto de vista físico y más sensibles, llevan vidas más complejas y ven un universo más complejo, toman mayor conciencia de los motivos inconscientes de la vida y de la fantasía y tienen egos poderosos que les permiten retornar a la normalidad (Feist, 1988).

Finalmente, los científicos tienen menos interacciones sociales, son tímidos y reservados, crecieron en familias que dieron gran valor al aprendizaje y fomentaban la investigación. Son orientados hacia lo nuevo, lo desconocido o a reorganizar el material antiguo de maneras nuevas y todos ellos aceptan la angustia impuesta por tales reorganizaciones (Barron, 1967 en Arieti, 1993).

Planteamiento del problema

El incremento de los estresores en la vida moderna está generando que las personas con alta vulnerabilidad para desarrollar enfermedades mentales, comiencen a presentar estos problemas. En el caso de la Esquizofrenia, los medicamentos inciden principalmente en la disminución de la sintomatología positiva dejando entrever una gran necesidad de crear alternativas terapéuticas que incidan no sólo en la sintomatología negativa sino en la sintomatología en su totalidad. Entendiendo que la disfunción en la psicopatología es producto de la interacción de diversas funciones y estructuras, y la manera en que éstas se expresan en el individuo al encontrarse en determinado medio, podemos identificar componentes psicológicos que pueden funcionar como factores protectores para disminuir la sintomatología, o bien algunos otros que permiten la exacerbación de la misma y fungen como factores de riesgo de recaída.

Las características fenomenológicas que vinculan la creatividad con la psicopatología pueden brindar un panorama más amplio al analizar qué es aquello que permite que las personas creativas en las artes y la ciencia sean funcionales en la sociedad o bien, que se encuentren mejor adaptadas a su medio. Si existe dicho vínculo, sería importante determinar cuál es la forma en que podría utilizarse en favor de la persona que padece una enfermedad mental en distintos niveles: comunicación, expresión emocional y finalmente normalización y adaptación.

Pregunta de Investigación

¿Existe un vínculo entre creatividad y psicopatología? ¿Es la creatividad un factor común entre la expresión creativa y la experiencia fenomenológica de la sintomatología en Esquizofrenia?

Objetivo general

Hacer un análisis de los trabajos que relacionan las características de las personas altamente creativas con la fenomenología en Esquizofrenia, analizando sus componentes genéticos, neuropsicológicos, cognitivos y de personalidad.

4. MÉTODO

La presente investigación es de tipo documental, se realizó una revisión crítica del estado del conocimiento de las dos principales variables: creatividad y psicopatología, haciendo énfasis en la Esquizofrenia como categoría especial de esta última variable. Las revisiones críticas del estado del conocimiento hacen una integración, organización y evaluación de la información teórica y empírica existente sobre un problema, focalizando en el progreso de la investigación actual para lograr proponer posibles vías para su solución. De acuerdo con Hernández Sampieri (2007) el propósito del investigador es describir situaciones y eventos, cómo son y cómo se manifiestan determinados fenómenos; junto con los estudios descriptivos, las revisiones críticas buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernández Sampieri, 2007; Dankhe, 1986).

Procedimiento

Tras la revisión bibliográfica, se llevó a cabo una revisión en las bases de datos especializadas de la DGB UNAM, de los trabajos que relacionan las características de las personas altamente creativas con la fenomenología de la Esquizofrenia buscando con las siguientes palabras: Esquizofrenia (schizophrenia), creatividad (creativity), altamente creativos (highly creative), vínculo (link), arte (art), psicopatología (psychopathology), arte y locura (art and madness), artistas (artists), escritores (writers), poetas (poets), actores (actors), bailarines (dancers) músicos (musicians) pintores (painters) y científicos (scientists). Los parámetros temporales de la búsqueda se abrieron desde 1950 hasta 2013, dado que algunos buscadores no abarcan más allá de dicha fecha.

Análisis y organización de los datos

Se seleccionaron los artículos que describieran dentro de sus resultados aspectos relacionados a las categorías de estudio: comparación de personas altamente creativas con personas con psicopatología y viceversa, creatividad y esquizofrenia además de estudios genéticos, neuropsicológicos y de personalidad utilizando el método de emparejamiento e iterativo de datos para buscar patrones de comportamiento de las variables, el primero compara una configuración teórica predicha con una configuración empírica observada, y la segunda aborda los datos con mínima formalización teórica y construye progresivamente una explicación (Jonson, 2000)

Resultados

Se encontró únicamente un libro que relacionaba las variables de manera directa y específica (Nettle, 2001) y un libro de compilación que abordaba las variables en algunos de sus capítulos (Schildkraut & Otero 1996). Se encontraron 24 artículos que relacionaban las variables de alguna otra manera. Cabe mencionar que los artículos referidos anteriores a la fecha de búsqueda se contemplaron gracias a que eran continuamente citados en los trabajos más actuales revisados. La agrupación y análisis de los datos permitieron hacer propuestas específicas en cada categoría conformando una propuesta de solución al planteamiento de problema y una posible respuesta a las preguntas de intervención.

5.- EL VÍNCULO ENTRE CREATIVIDAD Y PSICOPATOLOGÍA, EL CASO DE LA ESQUIZOFRENIA

5.1 *Creatividad y psicopatología*

Los individuos con altos niveles de creatividad tienen la habilidad para establecer relaciones únicas y diferentes que tienen como producto final el desarrollo de ideas nuevas que pueden convertirse en una realidad. Artistas, científicos, tecnólogos, etc... se valen de sus habilidades y características particulares para consolidar sus propuestas ya sean estéticas o pragmáticas. En un escenario menos favorable, las ideas creativas que no logran un cauce o bien que quedan suspendidas y a disponibilidad de la imaginación exacerbada, y sobre todo en conjunción con una carga emocional y social pueden volcarse en contra del sujeto mismo, favoreciendo lo que más tarde puede convertirse en algún tipo de psicopatología. Desde el siglo pasado, se han llevado a cabo estudios empíricos de posibles conexiones entre la creatividad y la enfermedad mental arrojando fuertes evidencias y sólidos datos de una posible relación entre ellas, especialmente con los trastornos emocionales y el trastorno bipolar. (Spaniol, 2002).

Durante la Edad Media en Europa, se comienza a asociar a la personalidad creadora con la locura a través de la idea de que el éxtasis místico y las alucinaciones funcionaban como una forma de vida y trascendencia, en ese contexto, el influjo de la práctica religiosa permeó casi toda la actividad creadora en sus diversos campos y fortaleció la idea de que dicha trascendencia se lograba a partir de romper con las leyes físicas que ataban al espíritu en su búsqueda por lo eterno. Más tarde durante el Renacimiento, la creatividad fue concebida como producto del influjo de los astros en las actividades de los creadores, pero principalmente, comienzan a tener un medio de canalización y expresión de las ideas creativas principalmente en las artes y las ciencias, como producto final de este proceso, las personas creadoras comienzan a ser valoradas concluyendo y repercutiendo en el desarrollo de la revolución científica y la modernidad. Durante

el romanticismo, llegó la cúspide en la expresión del sentimiento máximo inalcanzable, los artistas, especialmente los escritores, poetas y pintores comenzaron a explorar más allá de los límites de la realidad experimentando con alcohol y otras drogas e incluso teniendo muertes prematuras y en ocasiones muertes trágicas. Finalmente, es a partir del desarrollo de la psicología y la psiquiatría, que la relación entre creatividad y psicopatología comienza a ser susceptible de ser estudiada bajo el método científico.

En el siguiente esquema se describen brevemente y de manera cronológica, los principales estudios que han aportado y han sido referencias para desarrollar más investigaciones y a su vez brindan un panorama general del estudio de dicha relación (Chávez 2000; Nettle 2001):

Año	Autor	Conclusión
1867	Maudsley	Hay una neurofisiología “alterada” tanto en los individuos geniales como en los enfermos mentales.
1869	Galton	La genialidad no es una cualidad extraña, rara o extraordinaria sino una habilidad biológica y natural.
1948	Brain	Si bien los genios no están especialmente predispuestos a la locura, son ciertamente más “nerviosos” y observó que cuando llegan a presentar alguna patología, generalmente es del tipo maniaco-depresivo.
1953	Juda	Concluyó que la enfermedad mental y la genialidad no se correlacionan
1959	Slater y Mayer	Entre los escritores y otros artistas hay una gran incidencia de depresión y alcoholismo.
1971	McNeil	Hay un gran porcentaje de enfermedad mental entre personas altamente creativas y sus familiares.
1985	Silverman	El sujeto creativo elabora nuevas ideas durante la depresión y las realiza durante la hipomanía.
1986	Pöldinger	El artista “exorciza” en su obra su propio impulso suicida, lo cual puede, incluso, llegar a salvarle la vida.
1989	Sandblom	Resaltó la capacidad de las obras de arte para provocar, en quienes la aprecian, reacciones no sólo emotivas sino también somáticas. La enfermedad puede ser el factor que favorezca su creatividad ya sea como tema o como motivo.
1990	Fernandes da Fonseca	Describió la relación de los aspectos biográficos y ambientales de varios científicos concluyendo que las manifestaciones creativas y geniales son resultado de varios condicionamientos que confluyen en una misma personalidad.
1992	Ludwig	Comparó las biografías de 1,005 individuos creativos de diversas profesiones, que hubieran vivido por lo menos durante alguna parte de su vida en el siglo XX, encontró una mayor incidencia de psicopatología (abuso de alcohol y otras sustancias, depresión, manía, psicosis, trastornos de ansiedad, trastornos somáticos, reacciones de adaptación e intentos de suicidio) entre los artistas y los atletas, y una menor incidencia entre los científicos, activistas sociales, arquitectos y “amantes de personas famosas”.

1993	Jamison	Publicó una obra, en la que analizó diversas biografías de escritores sosteniendo la tesis de que hay una asociación biológica entre la creatividad y el trastorno bipolar.
1994	Schildkraut y cols.	Encontraron una gran prevalencia de psicopatología en el grupo estudiado, especialmente depresión y alcoholismo.
1994	Post	Analizó la biografía de 291 artistas y científicos de habla inglesa, y encontró un alto grado de originalidad y características “inusuales” de personalidad en todos los sujetos, y una tasa más alta de psicopatología afectiva, alcoholismo y trastornos psicosexuales entre los escritores. Las psicosis fueron menos frecuentes de lo esperado.
1996	Schildkraut y cols.	Estudió la biografía de cien escritores, y encontró una gran incidencia de trastorno bipolar con síntomas psicóticos entre los poetas quienes, a pesar de esto, presentaron una menor incidencia de otros trastornos afectivos, de personalidad, psicosexuales o de alcoholismo. Los dramaturgos fueron los que presentaron un mayor índice de psicopatología.

A la fecha, se pueden identificar cinco tipos de metodologías que se han utilizado para describir dicha relación. En primer lugar tenemos a los estudios biográficos y de encuestas que han encontrado altos niveles de psicopatología, especialmente depresión y trastorno bipolar en individuos eminentes en los campos de la literatura y las artes; también han indicado que frecuentemente, los escritores, compositores y otros artistas han descrito a detalle grandes períodos de “melancolía” así como otros aspectos tales como cambios de humor, hipomanía e incluso psicosis. Uno de los estudios biográficos más importantes fue conducido por Martindale (1972; 1990) que examinó la vida de 21 poetas Ingleses eminentes (nacidos entre 1670 y 1809) y 21 poetas Franceses (nacidos entre 1770 y 1909) encontrando una gran incidencia de psicopatología (por ejemplo “ataques de nervios” suicidio o alcoholismo) y que uno de cada siete poetas fueron hospitalizados en psiquiátricos y sufrieron de síntomas severos y recurrentes tales como delirios y alucinaciones. Finalmente Ludwig encontró altos puntajes de manía, psicosis y hospitalizaciones en una muestra de artistas y encontró que eran tres veces más altas las tasas de intento de suicidio, trastornos del estado de ánimo y abuso de drogas cuando los comparó con personas en otras profesiones (tales como empresarios, científicos y burócratas) (Schildkraut, 1996).

Los segundos, son los estudios familiares que han sugerido que hay una predisposición heredada o bien rasgos cognitivos heredables que pueden tener un

efecto en perfiles de personalidad creativa o bien derivar en algún tipo de enfermedad mental. Por ejemplo, Juda (1949) encontró en una muestra de 5000 individuos (artistas, científicos y otros) “anormalidades psiquiátricas” en 50% de los poetas, y en 38% de los músicos, seguidos por el 20% de los pintores, 18% de los escultores y 17% de los arquitectos, además encontró que los hermanos e hijos del grupo de artistas tendían más a la ciclotimia, al suicidio o a padecer trastorno maniaco-depresivo comparado con la población general, además encontró que la psicosis estaba más vinculada con la segunda generación de los artistas (nietos y sobrinos-nietos).

Un tercer tipo de estudios han mostrado que pacientes psiquiátricos, comúnmente con diagnóstico de Esquizofrenia muestran puntajes más altos en protocolos de creatividad y pensamiento divergente. Keefe y Magano (1980) estudiaron a personas con diagnóstico de Esquizofrenia utilizando una tarea en donde los sujetos tenían que proponer formas novedosas para utilizar un objeto cotidiano (por ejemplo una cuchara, una silla o un lápiz) los puntajes variaban de acuerdo al número total de soluciones dadas o bien por la originalidad de dichas soluciones; comparados con los controles, los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia puntuaron más alto en estas tareas. Lo que resulta interesante en las respuestas de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia es la inmediata referencia a la abstracción. La excentricidad en la interpretación del mundo perceptual puede ser confrontativa, incluso ingenua; esta pérdida de la asociación y perspectiva es a menudo muy deteriorante para el comportamiento cotidiano, sin embargo, cuando se requiere de una tarea en la que se relajen las expectativas normales, la pérdida de lógica inherente a los esquizofrénicos no resulta tan desventajosa (Nettle, 2001).

El cuarto grupo lo conforman estudios que vinculan a personas con buen desempeño en tareas creativas con una posible susceptibilidad a la psicopatología, estos estudios han descrito las relaciones entre la creatividad y la sintomatología específica de cada trastorno. La siguiente tabla presenta un panorama general de esta condición:

Autor(es)	Población	Resultados
Juda (1949)	Artistas y científicos	Esquizofrenia Trastornos de personalidad Suicidio
Andreasen (1987)	Escritores	Trastornos afectivos
Claridge, Prior y Watkins (1990)	Escritores	Esquizofrenia Trastorno Esquizoafectivo
Ludwig (1992)	Artistas	Alcoholismo y abuso de sustancias Depresión Manía Problemas somáticos Ansiedad Psicosis
Schildkraut (1994)	Artistas visuales compositores	Trastorno bipolar Manía
Jamison (1995)	Escritores	Trastornos afectivos
Cale and Lilienfeld (2002)	Actors	Trastornos de la personalidad Modelos no clínicos de trastorno histriónico de la personalidad
Wills (2003)	Músicos de Jazz	Trastornos del estado de ánimo Problemas relacionados al consumo de alcohol
Nettle (2006)	Poetas Artistas Visuales Matemáticos	Esquizofrenia Trastornos afectivos Autismo
Rawlings (2007)	Artistas visuales Músicos Científicos	Esquizotipia Hipomanía Autismo

Por último, el quinto y último tipo de estudios han sido las evaluaciones psicométricas de individuos creativos en activo. Éstos se han valido de las escalas especializadas para identificar los rasgos específicos de personalidad que subyacen el acto creativo (principalmente aquellas escalas que evalúan los cinco factores de personalidad de Eysenck, y otras escalas desarrolladas a partir de ésta) encontrando que individuos creativos y pacientes bipolares comparten altos niveles de neuroticismo y apertura a la experiencia.

A pesar de la tendencia común a estudiar poblaciones de artistas visuales, músicos y escritores, se han explorado también algunas de las características de actores y bailarines; Nettle (2006) examinó los perfiles cognitivos y de

personalidad de 191 actores profesionales y los comparó con un grupo control encontrando que presentan altos niveles de extraversión, apertura y amabilidad y con un estilo cognitivo altamente empático, lo cual los coloca en alto riesgo de padecer trastornos emocionales, sin embargo, concluye dada la finalidad y el producto de su trabajo creativo, que estas características representan una ventaja más que una vulnerabilidad. Por otra parte, Marchant y Wilson (1992) encontraron que los actores puntúan alto en extroversión y expresividad, mientras que los bailarines tienen altos niveles de ansiedad, hipocondría, baja autoestima y una gran incidencia de depresión, mientras que los músicos tienden a la introversión; asimismo Bakker (1991) confirmó resultados previos de introversión y altos en emocionalidad en bailarines así como actitudes poco favorables hacia ellos mismos.

En el caso de la creatividad entre los científicos y tecnólogos, ha sido menor la tendencia a relacionar la psicopatología con personas eminentes en la ciencia, más bien se les ha relacionado con pobres habilidades sociales y otras características similares. Feist (1998), indicó que la diferencia entre las características de personalidad entre estos dos grupos radica en la predisposición de los artistas a la “labilidad emocional”, impulsividad, inconformidad y rebeldía; características que son menos utilizadas como materia prima de la creación entre los científicos quienes se guían más por el pensamiento lógico, razón por la cual han estado menos relacionados con la psicopatología. En un estudio hecho por Rawlings y colaboradores (2007) comparó un grupo de artistas visuales, músicos y científicos (biólogos, físicos y matemáticos) se encontraron mayores puntajes de esquizotipia en artistas que en científicos, concluyendo que esta característica está ligada a la creatividad artística más que a la científica y que el pensamiento asociativo que requiere la creación científica está más relacionado con las características del espectro del autismo. Este estudio apoyó los resultados encontrados por Nettle (2006) quien relacionó los síntomas negativos de la Esquizofrenia con los rasgos de personalidad de matemáticos, proponiendo que las características de creación entre los científicos se diferencian principalmente por una menor propensión a las experiencias inusuales y una mayor incidencia

por el orden y la rutina (características opuestas al pensamiento desorganizado y la impulsividad e inconformidad encontradas en la Esquizofrenia) colocándolos en el extremo opuesto de las características halladas en poetas y artistas visuales. Así, se describe la posible diferencia principal entre las características esquizotípicas entre los artistas (relacionadas más con los síntomas de la psicopatología positiva) y los científicos (relacionada con la psicopatología negativa), la poesía y el arte más asociados con el pensamiento divergente, la Esquizofrenia y los trastornos afectivos, y los matemáticos y otros científicos asociados al pensamiento convergente y al autismo.

En resumen, el término esquizotipia está relacionado con los rasgos y los síntomas de la Esquizofrenia y los trastornos de personalidad límite y esquizotípica, a partir de la relación que se establece con los cuatro tipos de factores de análisis de la personalidad: El primero experiencias inusuales, que incluye aberraciones perceptuales, pensamiento mágico alucinaciones (consonantes con los síntomas positivos: alucinaciones, delirios y pensamiento desorganizado) y otros síntomas positivos de la psicosis. El segundo, desorganización cognitiva que describe las dificultades en atención y concentración junto con una sensación de falta de objetivos y aplanamiento emocional (en consonancia con los síntomas negativos de la Esquizofrenia). El tercero, la anhedonia e introversión que describe la ausencia de placer, y que es congruente con las características encontradas en personajes de la ciencia y la tecnología y el cuarto factor, impulsividad e inconformidad, aspectos comportamentales de la Esquizofrenia que están relacionadas sólo con ciertos tipos de disciplinas artísticas, como la danza y la literatura.

Por otra parte, en el caso particular de las psicosis se han mencionado nombres de artistas tales como el Bosco, científicos como Michael Faraday, compositores como R. Schumann, escritoras como Sylvia Plath incluso filósofos como F. Nietzsche (Rothenberg 1990 en Burch, Pavelis, Hemsley & Corr, 2006) como supuestos modelos de comorbilidad de la creatividad y la psicopatología. Autores como Claridge han sostenido que es el componente esquizo más que el afectivo

es el que está relacionado con la creatividad en este tipo de personalidades, el componente esquizo que comprende el primero y el segundo factor de la personalidad ya descritos brindan la posibilidad de generar respuestas más creativas (Burch, et al, 2006). Estas relaciones se basan principalmente en el hecho de que el pensamiento divergente, la capacidad o característica subyacente a la creatividad, es muy similar en definición a desórdenes de pensamiento, que es una de las principales características de las condiciones psicóticas (Nettle, 2006).

Finalmente Nettle (2001) concluye que tanto los artistas como los pacientes psiquiátricos comparten la tendencia a tener ideas y experiencias inusuales, pero los grupos creativos se caracterizan por la ausencia de anhedonia y abulia.

5.2 Esquizofrenia y Creatividad

Cada persona tiene una forma diferente de percibir, imaginar y recordar. Podríamos decir que, en el caso de la Esquizofrenia, las alucinaciones y delirios no serían tan diferentes de persona a persona como lo es la imaginación humana en general. No existen dos pacientes que tengan síntomas positivos con el mismo contenido, es decir, pueden compartir las características paranoides pero no necesariamente son perseguidos por la misma persona ni de la misma forma. En este sentido, la creatividad considerada como mecanismo más que como síntoma particular, permea tanto los aspectos pragmáticos y no pragmáticos, estéticos y no estéticos del acto creativo. Así, puede decirse que los aspectos neurocognitivos de cada persona influyen en su capacidad creadora ya sea a nivel artístico, científico o patológico.

Es importante recalcar que los tres grupos principales de síntomas en Esquizofrenia: los positivos, los negativos y el pensamiento divergente, tienen trayectorias independientes entre sí. Los síntomas positivos únicamente ocurren durante la fase activa del brote psicótico, se manifiestan esporádicamente o durante las recaídas. En contraste, los síntomas negativos se pueden instaurar en años posteriores, y pueden llegar a formar parte de la personalidad del sujeto. El

pensamiento divergente es fluctuante, se presenta de forma incipiente mucho antes del brote, de hecho, como dice Nettle (2001):

“... es una característica estable del maquillaje esquizotípico, dado que se puede encontrar en los familiares biológicos de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que no han padecido psicosis, y que puntúan alto en las escalas esquizotípicas, pero nunca han estado enfermos.”

Se ha reportado que los esquizofrénicos presentan discapacidad en cualquier tarea que requiera atención sostenida a cualquier objeto. Hay una falla para excluir de la mente las cosas que son irrelevantes al momento (ideas esporádicas y recurrentes, ensueños, esperanzas, miedos, especulaciones, fragmentos de recuerdos); en un brote psicótico, éstos aparecen en la conciencia, generando narrativas que sean congruentes con la realidad común (o realidad externa). Sin embargo, la atención de los esquizofrénicos es tan refractaria que no pueden monitorear realmente la procedencia de las ideas. Por lo tanto, atribuyen cosas que son generalmente internas a la realidad externa, y en ocasiones en sentido contrario, experimentan fragmentos extraños de imaginación visual como parte del mundo externo (éstas son las alucinaciones), experimentan fragmentos de procesamiento cognitivo (que normalmente serían ignorados) como voces en su cabeza, igualmente desconocen sus propios pensamientos e intenciones y las atribuyen a alguna otra fuerza (experimentada como controlada por algún agente externo) (Nettle, 2001).

Con todo lo anterior, podría decirse que el vínculo entre los rasgos esquizotípicos y el pensamiento creativo es muy fuerte. Como ya mencioné, los individuos esquizotípicos y los que puntúan alto en pruebas de creatividad, lo hacen igual en tareas que requieren conexiones novedosas. Ahora, los síntomas positivos en Esquizofrenia son a menudo tan bizarros como para impedir el trabajo sostenido, mientras que los síntomas negativos destruyen la motivación para hacerlo, pero la otra faceta de la enfermedad, la capacidad del pensamiento divergente, es el núcleo común entre la creatividad intensa y la patología. Incluso en medio del

brote psicótico, hay destellos de este núcleo, que los sujetos describen comúnmente en términos de una extraña mayor conciencia del mundo y de las conexiones imaginativas dentro de él (Nettle, 2001) La creación se ve afectada por la fluencia de ideas y pensamientos de la persona, al igual que los artistas, los esquizofrénicos tienen un fluir constante de ideas, únicamente que en el caso esquizofrénico no existe un control o bien un filtro de ellas. Existen varios fenómenos que, a nivel psicológico, comparten los pacientes y los artistas, por ejemplo la disociación, las alucinaciones y los delirios. Cuando un actor crea un personaje se vale de la disociación para depositar en el personaje las características a interpretar y, en el mejor de los casos, dejar a un lado las propias; al momento de crear una sinfonía o una composición, el compositor en muchas ocasiones escucha la música en un segundo plano, de alguna forma alucina las notas que finalmente se combinarán y generarán una composición; finalmente un escritor o un pintor se desvincula de los límites de la realidad común para permitir la entrada a ideas nuevas que generen personajes y situaciones que existirán por primera vez en el plano ficcional pero se verán reflejados en el plano creativo y artístico.

Generalmente los delirios tienen una característica narrativa que tiene que ver con el tipo de relato del que se compone, una especie de descripción que integra experiencias internas y externas y contrasta historias que dan coherencia y comprensión al individuo en el mundo y en el tiempo (Loa & Chávez, 2005), dentro de este relato pueden existir elementos tales como el tema, el orden, la estructura e incluso una voz narradora, durante este proceso interviene la creatividad. Sin embargo, mientras que en la creatividad artística está involucrada la realización de una obra que expresa y comunica algo, la situación delirante es considerada un síntoma patológico en el sentido que afecta de manera significativa la visión y la relación del sujeto con el mundo, el vínculo se establece cuando pensamos que en su construcción participan elementos subjetivos e inconscientes que se vinculan con aspectos conscientes y otras funcionales mentales superiores al igual que en cualquier situación creativa.

La relación entre delirio y creatividad se establece desde la misma etimología de la palabra: el crear algo nuevo significa salirse del surco, apartarse de los límites establecidos y brindar una visión nueva o diferente a una situación cotidiana; en el caso de la creatividad artística casi siempre implica la ruptura de la norma (Pérez Rincón, 1997 en Loa et al, 2005). El sujeto psicótico pierde la capacidad de evaluar, mediante un proceso lógico, la procedencia inconsciente del material delirante lo cual le impide distinguir de entre lo real y lo ficticio, lo que es similar de lo que es idéntico, mientras que el sujeto creativo lo utiliza e incluso lo combina con el pensamiento lógico (proceso al que llama “inspiración”). El pensamiento delirante, también se asemeja al pensamiento artístico surrealista, en el que muchas ideas, palabras frases o situaciones, aunque no son lógicos, se asemejan y guardan un sentido de realidad que el psicótico pierde en el camino, incluso en el caso de la creación artística apuntan siempre a expresar un mensaje y reflejan una comunicación vivencial con el espectador. Un caso interesante es el de los neologismos, característica sintomatológica de los esquizofrénicos y producto del pensamiento desorganizado que en dicho contexto resulta contraproducente; en el caso de la creación artística resulta acorde a la experiencia e incluso congruente con el mundo ficticio propuesto por el artista: el lenguaje psicótico se asemeja al lenguaje metafórico y poético en sus distintas acepciones, la diferencia radica en el valor pragmático del producto final, en un caso la poesía en el otro, el delirio.

Por último, los índices de creatividad en el delirio esquizofrénico dependen no sólo del tipo de delirio que se considere (y del tipo de Esquizofrenia) sino también del momento de la enfermedad en la que el sujeto se encuentre, incluso del tipo de predominancia, positiva o negativa, que el sujeto presente. En un estudio hecho por Loa et al, (2005) encontraron que el paciente con delirio fantástico presenta un mayor índice de creatividad total:

“El paciente con delirio fantástico presenta un mayor de índice de creatividad total... especialmente en las dimensiones de elaboración y abstracción, así como en articulaciones de contexto y extensión de límites... La elaboración es la producción de detalles al desarrollar una idea, la abstracción es la capacidad de síntesis y organización de los

procesos del pensamiento, la articulación de contexto se refiere a la comunicación clara y poderosa de todo lo que construye un contexto, un ambiente o una historia y, finalmente, la extensión de límites se refiere a salirse de las rutas habituales y extender o romper los límites previamente definidos del problema.... La articulación de contexto podría ser una de las dimensiones que expliquen el por qué los pacientes con este tipo de delirios, a pesar de lo increíble de sus contenidos pueden vivir en dos mundos: por un lado el mundo irreal de su delirio y por otro el mundo que les permite seguir relacionándose con el resto de las personas y mantener cierta funcionalidad... Finalmente el alto puntaje en extensión de límites podría explicarnos una de las características principales de esta clase de delirios, que es su contenido inusual o fantástico, así como la utilización de metáforas y neologismos... “

En la reconstrucción del mundo psicótico y el mundo externo, la narrativa del delirio constituye una forma de puente comunicativo, una manera de hacerlos congruentes. La creatividad funge entonces como herramienta, como una especie de pegamento psíquico que permite la congruencia de las partes desintegradas. En el caso del artista, el proceso creativo funciona para integrarlo con el mensaje y con sus receptores, de alguna forma también es un proceso adaptativo.

Al estudiar los aspectos relacionados con la creación artística los científicos también han estudiado los aspectos cognitivos, de personalidad e incluso neuropsicológicos de los artistas ya sea al preparar una obra o bien al ejecutarla sin encontrar aún características sólidas o en común que puedan describir dicho proceso; la principal limitación se ha encontrado al estudiar “ese momento” considerado como “iluminación” o “inspiración” que deriva finalmente en el trabajo creativo. Los artistas, tanto en artículos científicos, periodísticos, entrevistas, etc... han descrito la forma en las ideas llegan a ellos y cómo finalmente maduran para derivar en el producto creativo final. Existen varios casos en la historia del arte de personajes que han sido inspirados “místicamente” para crear sus obras más importantes y trascendentes; hoy en día, si se evaluaran con una óptica

psiquiátrica podrían ser sujetos de diagnóstico psiquiátrico. Dos de los casos más famosos son el de William Blake en las Artes Plásticas y Giussepe Tartini en la música.

Se dice que William Blake tenía “visiones” desde que era pequeño quien, según él mismo, vio a Dios asomado por su ventana a la edad de 4 años. A los 8 años dijo haber visto una serie de Ángeles que resplandecían como estrellas en un árbol frondoso de su escuela. Durante toda su vida las visiones lo afectaban e inspiraban para crear poemas e imágenes relacionados con la religión católica y cristiana. Blake creía que los Arcángeles lo instruían e inspiraban para crear sus trabajos artísticos, la calidad de sus obras es indiscutible.

Por otra parte, Guissepe Tartini escribió lo siguiente respecto a su obra maestra “El trino del diablo”:

“Una noche, en 1713, soñé que hacía un pacto con el diablo por mi alma. Todo resultó tal como lo deseaba: mi nuevo sirviente anticipaba todos mis deseos. Entre otras cosas, le entregué mi violín para ver si podía tocarlo... qué tan grande fue mi asombro al escuchar una sonata tan magnífica y bella, ejecutada con tan gran arte e inteligencia, que nunca podría haberla concebido en mi más ingenua fantasía. Me sentí cautivado, transportado, encantado, se me fue el aliento... y de repente, desperté. Inmediatamente busqué mi violín para lograr retener, al menos en parte, la impresión de mi sueño” (De la Lande 1769)

Se dice que Tartini decía que la magnificencia de lo que escuchó en ese sueño, no se comparaba en lo más mínimo con lo que el resultado de sus composiciones alcanzaban a mostrar.

Éstos son solo dos de los más famosos casos en que algún tipo de alucinación (y/o durante algún estado alterno de conciencia) afectó de manera significativa el trabajo creativo de un artista. En el caso de las artes visuales, la arquitectura y el diseño, se ha dicho que los *sketches* son una especie de medio para una conversación reflexiva entre las ideas del artista y la imaginería (Yokoshi y Osaka,

2005) Es decir, el proceso de diseño o “*sketching*” es un proceso en donde el artista construye su propia realidad a través de su comportamiento (creativo), al parecer los artistas visuales construyen su realidad a partir de los ensayos de realidades creativas para finalmente objetivar su producto final. De los varios artículos que se han realizado sobre el proceso creativo, se ha podido concluir que los artistas, especialmente los pintores, no inician con una imagen clara de sus trabajos finales, sino que la van generando gradualmente de su imaginaria mental a través de pequeños dibujos preliminares, en muchas ocasiones a partir de pequeñas imágenes distorsionadas de la realidad o bien alucinaciones que incluyen o excluyen elementos ya existentes en la realidad.

En un estudio hecho por Yokoshi y Osaka (2005) con artistas de tintas chinas creando “*in situ*” describieron la relevancia del trabajo creado a partir de elementos emergentes, es decir, el uso de la creatividad al crear una obra a partir de algo no existente y propuesto por otra persona, involucrando elementos como la experiencia previa y la técnica. En este estudio se resalta la habilidad del artista para crear elementos nuevos a partir de estímulos aparentemente irrelevantes, proceso similar al delirio o a la alucinación.

Finalmente, puede decirse que el pensamiento divergente es la característica principal que comparten las personas creativas y aquellas con algún tipo de diagnóstico relacionado con la Esquizofrenia. Qué es entonces aquello que finalmente los diferencia? Una posible respuesta puede ser la “finalidad”, este sería un componente pragmático, es decir, de qué manera está utilizando la persona dicha capacidad o rasgo de personalidad; pues un poco de pensamiento divergente es por mucho, una gran ventaja en muchas actividades creativas, sin embargo, tal como lo establece la clínica, todo es cuestión de balance, mucho pensamiento divergente puede llevar consigo desorganización cognitiva, incluso social y biológica, conlleva la excentricidad del comportamiento y del lenguaje y eventualmente a la alucinación y el delirio. Sólo un poco de dicho pensamiento puede ser de gran beneficio para el individuo.

6. DISCUSIÓN

Los datos de los estudios revisados sugieren que sí existe una relación directa entre creatividad y psicopatología. Sin embargo la heterogeneidad en los hallazgos no deja claro si se trata de una relación unidireccional (la creatividad incrementa la psicopatología) o si es una relación bidireccional (la creatividad incrementa la psicopatología y viceversa). Lo que sí puede reconocerse es que existen varias características que al ser compartidas crean un vínculo importante. Rescatar la idea de la creatividad como mecanismo neuropsicológico o habilidad cognitiva característica del ser humano podría facilitar la comprensión de dicho vínculo. La creatividad es una forma adoptada por las personas para encontrar soluciones simbólicas para las tensiones internas y enfrentar los retos diarios que la vida privada y/o laboral presentan. Chávez (2000), sostiene que es evidente que existe una asociación entre creatividad y psicopatología dependiente del tipo de pensamiento de cada época: espiritualista, idealista, positivista o materialista en donde el sujeto creativo (en un proceso de asociación preconsciente y de elaboración consciente) toma todo lo que conforma su mundo externo y su mundo interno y lo utiliza para crear. Por ello, intentar establecer que ciertos grupos son más creativos que otros o más susceptibles a la comorbilidad psiquiátrica, podría significar una tarea ardua e interminable si se busca simplificar dicha categorización ya que la creatividad puede permear cualquier tipo de actividad biológica, psicológica o social; pero depende de la conjunción de muchas variables para manifestarse y su dicha manifestación puede ser muy variada.

Ahora bien, la manera en que se ha mantenido la idea de que la creatividad (en especial la creatividad artística) está de alguna manera, más relacionada con la “locura” ha sido por las experiencias compartidas por personas en estos campos. Tal como dice Nettle (2001):

“La locura no es una mera aberración causada por algún capricho de las condiciones ambientales socio-económicas. En vez de eso, la capacidad de enloquecer es una parte fundamental de la naturaleza humana. Es inherente a

nuestro maquillaje psicológico, y se conserva en la piscina genética de nuestra especie, y por buenas razones. Se preserva porque los rasgos que la hacen posible también subyacen uno de los baluartes que más valoramos los humanos, la creatividad exacerbada”

Por eso ha llamado la atención que ciertos grupos (personas altamente creativas y pacientes psiquiátricos) compartan características muy similares en cuanto al uso y desarrollo de la creatividad con resultados disímiles entre sí. Se ha planteado que si bien la creatividad es un proceso adaptativo, las personas creativas tienden a ser autodestructivas en otros aspectos, relacionándolos, por ejemplo, con la depresión y el suicidio, además del vínculo con los cambios serotoninérgicos que el acto creativo conlleva (Chávez, 2004). También se ha sugerido que hay características de la personalidad, adicionales a las ya descritas en capítulos anteriores, que predisponen tanto a la actividad creativa como a la aparición de síntomas y trastornos psiquiátricos, una de ellas es la “sobre-excitabilidad”, definida por Dabrowski (1975 en Chávez, 2000) como la sobre-reacción consistente en la respuesta a los estímulos internos y externos, característica relacionada con el “potencial de desarrollo”, lo cual indicaría que lo que sería patológico en una persona con un pobre potencial de desarrollo podría no serlo en otra persona con gran potencial y que los síntomas podrían ser signo de ese potencial. Esta característica de personalidad podría ser particular del arte y la psicopatología.

A manera de conclusión preliminar, propongo que la exposición y análisis de las similitudes y conjunciones entre la fenomenología de la creatividad y la psicopatología podría resultar ser más útil que la idea de una relación unidireccional; y que uno de los principales puntos de encuentro los encontramos en las experiencias inusuales, a través de la experimentación de múltiples realidades, característica sintomatológica en el caso de los pacientes psiquiátricos y condición determinante de estilo y producción en los artistas. Esta habilidad está determinada por diversos factores genéticos, biológicos, psicológicos, conductuales e incluso sociales, adicionalmente el factor emocional juega un papel muy importante en la relación específica entre Arte y psicopatología, ya que a

diferencia de otras formas de creación, el artista imprime su sello personal y su visión de la vida a través de la expresión emocional, al igual que el paciente psiquiátrico lo hace a través de la represión y transformación de dicha emoción.

El caso particular de la Esquizofrenia resulta interesante, dada la similitud con la que la amplia gama de sintomatología se asemeja al acto creativo, especialmente en el arte. Como ya se expuso en el capítulo anterior, podría decirse que es el componente “esquizo” más que el afectivo el que está relacionado con la creatividad en general, y resulta distinto en el caso de la creatividad en artistas, en donde, se observa una mayor gama de características compartidas. Dicha relación se mantiene a través de la similitud entre pensamiento divergente y los desórdenes de pensamiento, que son posiblemente dos vertientes del mismo mecanismo: la imaginación exacerbada como génesis de la creatividad.

6.1 Sintomatología

Si analizamos detenidamente la sintomatología de la Esquizofrenia podemos ver que el conjunto de los síntomas positivos están más relacionados con el acto creativo en general, y la sintomatología negativa puede variar de acuerdo al campo en donde la creatividad se está expresando. En el caso del arte, las alteraciones del pensamiento, lenguaje, sensopercepción y del juicio están relacionadas con la creación literaria, la creación de personajes, la propuesta de nuevas corrientes y formas de expresión visual, la comunicación de ideas generales valiéndose de mecanismos sensoperceptuales a través del cuerpo, o bien las propuestas vanguardistas y el arte contemporáneo. Por su parte, la sintomatología negativa está relacionada con otros dos aspectos: la repercusión o la “carga emocional” que conlleva el acto creativo, una especie de “tormento de la creación” en donde la persona creativa vuelca sobre sí mismo el peso de sus habilidades individuales, en un proceso constante de autoevaluación y autocrítica permeados por una carga emocional latente; por otra parte puede funcionar también como génesis para nuevas creaciones, como materia prima para generar nuevas obras o bien, como han descrito los psicoanalistas, para sublimar deseos reprimidos. La principal diferencia en este punto de encuentro es la abulia y la

anhedonia, ya que mientras que el artista puede valerse de estas características para crear nuevas obras, el paciente muestra escaso o nulo interés por cualquier tarea. De ahí la importancia de las terapias que utilizan mecanismos no verbales para expresar ideas y pensamientos reprimidos o no reconocidos en pacientes con este padecimiento.

Si observamos de nuevo la siguiente tabla sobre las principales alteraciones psicopatológicas en Esquizofrenia podemos identificar las características sintomatológicas presentes en los creadores de arte, las alteraciones consideradas dentro de la fenomenología de la creación artística pueden estar presentes en cualquiera de las áreas artísticas y ser parte de la personalidad del creador o bien formar parte del momento de la creación:

PENSAMIENTO	Trastornos formales	Asociaciones ilógicas y/o laxas Pensamiento disgregado Pensamiento incoherente Bloqueos mentales	PRESENTE PRESENTE PRESENTE PRESENTE	
	Trastornos del contenido	Delirios e ideas delirantes Síntomas de primer rango de Schneider	PRESENTE	
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	Comunicación verbal	Lenguaje pobre en contenidos y estructura lingüística Lenguaje desorganizado (esquizoafasia) Neologismos	PRESENTE	
	Comunicación no verbal	Mutismo Pobreza mímica en la expresión de las emociones Peculiaridad pictórica	PRESENTE	
PERCEPCIÓN	Hiperestesia e/o hipoestesia			
	Percepciones e ilusiones interpretadas		PRESENTE	
	Alucinaciones	Más frecuentes: auditivas (voces que comentan, voces que conversan con el paciente, etc.) Moderadamente frecuentes: cenestésicas y visuales Poco frecuentes: olfatorias y táctiles	PRESENTE (generalmente sonidos, imágenes o sensaciones relacionadas al producto final)	

AFECTIVIDAD	Ansiedad	Relacionada con el suicidio	PRESENTE	
	Estados afectivos discordantes y desorganizados	El paciente muestra un comportamiento y una respuesta afectiva infantilizada, que no coincide con los estímulos del ambiente (risa desmesurada sin motivo)	PRESENTE	
	Pobreza afectiva	El paciente se presenta aplanado emocionalmente, con poca capacidad de respuesta, y refiere la sensación subjetiva de dificultad para sentir		
MOTRICIDAD	Catatonía			
	Estereotipias, actos motrices repetitivos, ecopraxias, manierismos motrices	Enfermos cronificados en estados de deterioro		
INTEGRACIÓN DEL YO	Despersonalización y desrealización	En las etapas iniciales de la enfermedad	PRESENTE	
	Estereotipias, actos motrices repetitivos, ecopraxias, manierismos motrices	Enfermos cronificados en estados de deterioro		
MOTIVACIÓN Y VOLUNTAD	Falta de motivación	Falta de actividades, hobbies, aficiones	PRESENTE	
	Apatía y Abulia	Falta de persistencia en el trabajo y en los estudios	PRESENTE	
COGNICIÓN	Cuadro de déficit	Atención/memoria/funciones ejecutivas		
	Apatía y Abulia	Falta de persistencia en el trabajo y los estudios	PRESENTE	

Las fantasías son un recurso del patrón esquizofrénico que le permite huir, crear un mundo alterno en donde se proyecta además su problemática real, el individuo es incapaz de identificar cuál es su conflicto ya que la fantasía la vive como real, así la problemática ya no representa una amenaza si no existe en el espacio y tiempo presente, en la realidad común. En el caso del artista, la fantasía es el recurso mediante el cual crea un mundo alterno en donde proyecta características de sí mismo también, pero con un fin distinto, ya sea ensayando soluciones para tensiones personales, denunciar situaciones problema, proponer alternativas para un conflicto social o bien enalteciendo valores, ideas o experiencias de la vida cotidiana. Esta realidad alternativa, el artista la vive y la experimenta siempre y

cuando la represente y la comunique, es decir tiene un período de existencia variable que puede ser experimentado a voluntad por el artista, en muchas ocasiones este período tiene vigencia limitada.

6.2 Los Delirios

Para Pérez-Rincón (1997, en Chávez, 2004) si nos apegamos a la etimología del término “delirar” (salirse o apartarse del surco) toda creación original, sobre todo aquellas que abren nuevos campos y expanden los límites de la realidad humana, todo acto creativo tendría algo de delirante ya que, como sucede en las creaciones artísticas más genuinas, existe una ruptura con la norma. El delirio, en un sentido estricto, es una característica que vincula fuertemente la creatividad y la psicopatología teniendo a la creatividad y a la imaginación como mecanismos primordiales para sostenerla.

El delirio modifica la obra del artista y permite la aparición de una actividad creativa única que, en el mejor de los casos, nunca antes había aparecido de esa manera. Dentro del pensamiento delirante se pueden dar fenómenos que comparten los pacientes con los artistas tales como los neologismos, las neoformaciones verbales y gráficas, fusiones, interpolaciones de palabras y conceptos, o nuevas leyes estéticas que pueden volverse cada vez más complejas (como en el caso del arte moderno) que permiten una reinterpretación de la realidad, al vivir en dos planos a la vez, el artista, el científico o el paciente pueden valerse del delirio para reformar, y construir una visión del mundo. Considerado como un mecanismo, el delirio es una característica que vincula fuertemente la creatividad artística y la psicopatología, sin embargo, el delirio es considerado más como síntoma psicopatológico y no como obra de arte, aunque en su construcción participen elementos subjetivos inconscientes y otras funciones mentales superiores; clínicamente, la diferencia se establece a partir de los resultados del acto delirante.

Arieti (1993) resalta la imaginería como el principal punto en común entre el proceso delirante del artista y el paciente, en donde el psicótico pierde la capacidad de emplear el proceso lógico para analizar el contenido delirante, impidiéndolo para distinguir lo real de lo ficticio, mientras que el sujeto creativo si lo utiliza y además lo combina con el proceso primario o inconsciente realizando una síntesis que le da sentido a la representación delirante. Dentro de la clasificación de los delirios, los delirios fantásticos son los que se asemejan más a los procesos “delirantes” de los artistas (Chávez 2004).

Chávez (2005) propone lo siguiente

“La narración involucra la interacción de diferentes procesos cognoscitivos que se alteran durante el proceso psicótico, en el cual, el mundo interno del paciente se confunde con su mundo externo, construyéndose un nuevo mundo plasmado en el delirio. En esta reconstrucción pensamos que el proceso creativo juega un papel importante que podría contribuir a explicar las diferencias fenomenológicas entre los delirios. Esto sugiere una asociación entre la integración de la personalidad, pensamiento creativo y narrativa. Lo anterior puede ocurrir ya sea porque la psicosis altera de diferente forma determinadas dimensiones del pensamiento creativo, pero también podría ser que el desarrollo alcanzado en el pensamiento creativo previo a la enfermedad influyera en su curso”

6.3 Las Alucinaciones

Personas creativas (y en menor grado no creativas) han afirmado que estuvieron conscientes de la existencia de algunas organizaciones endoceptuales fundamentales desde antes de tener ninguna idea de lo que trataban estas organizaciones. Los dramaturgos, poetas, músicos, entre otros, a menudo perciben mentalmente una visión que brota de la nada. Después, toda la obra de teatro, composición, etc. queda construida en torno a esta escena o secuencia de sonidos decisivos. Finalmente la obra es una representación externa, concreta y/o verbal de los endoceptos que rodearon esta imagen en un estado posiblemente inconsciente (Arieti, 1993) En este sentido las alucinaciones consideradas como mecanismo, también son una característica que vincula la creatividad artística y la psicopatología.

Uno de los aspectos primordiales y que más llaman la atención de las alucinaciones es el proceso de simbolización. Todos los humanos tienen la capacidad de alucinar ya sea inducidos por procesos y/o sustancias exógenas o endógenas, a su vez, la simbolización es la principal herramienta de la alucinación para lograr su cometido final: la representación. Entonces, si es una capacidad que todos compartimos ¿por qué resulta ser particularmente atractiva cuando se presenta en artistas o en pacientes psiquiátricos? Una posible respuesta estaría en la frecuencia y novedad de las alucinaciones.

Si bien, podría resultar fácil inducir a una persona a tener alucinaciones, el contenido es el que se ve afectado por la capacidad creativa de la persona. Al igual que en el delirio, cuando el sujeto se vale de los procesos inconscientes como materia prima para simbolizar y experimentar una alucinación, el contenido final posee desde lo más novedoso, estéticamente atractivo, propositivo, etc., hasta lo más nefasto, lascivo u oscuro. De nuevo, la diferencia aparece cuando el proceso de análisis racional del contenido no queda completado en el caso de la Esquizofrenia, o bien queda sincretizado en el caso del arte. De esta manera, se puede entender que la capacidad creativa premórbida podría ser indicativo de, por una parte, la posible severidad de los síntomas positivos, y por otra parte, del potencial creativo; potencial del que puede valerse al implementar terapias alternativas en este tipo de pacientes. Las alucinaciones podrían ser producto de un déficit en la habilidad metacognitiva de evaluación y/o discriminación de la realidad en donde la atribución se realiza a partir de una inferencia, en el caso de los pacientes psiquiátricos esta inferencia es errónea y permite que se instauren las alucinaciones con la cantidad de información que el sujeto tiene a su disposición, entonces, podría pensarse que el artista (sin déficit en dicha habilidad metacognitiva) reconoce y utiliza la información en forma de alucinación para crear una obra. Diseñando intervenciones en donde se compensen este tipo de déficits y valiéndose de mecanismos creativos similares a los experimentados por los artistas se podría influir positivamente en el control, expresión y posible desaparición de las alucinaciones patológicas en pacientes psiquiátricos.

6.4 La Creatividad Como Mecanismo Psicológico

Existen otros diagnósticos dentro del DSM-IV-TR, sobre todo dentro de los trastornos de la personalidad que pueden tener vínculos más específicos con ciertas áreas del arte, por ejemplo la sintomatología para el trastorno de la personalidad histriónica resulta interesantemente congruente con el perfil de un actor, al igual que los trastornos de conversión y de personalidad múltiple. Lo cual puede ser indicador de que hay varios aspectos que comparten ambos grupos: (artistas y pacientes psiquiátricos).

Algunos aspectos de la enfermedad bipolar pueden conducir a la creación artística, particularmente los estados hipomaniacos, en los que aumenta la energía, la velocidad del pensamiento, la de asociación de ideas y algunos procesos delirantes, en tanto que disminuye la necesidad de dormir, lo cual podría permitirle romper la barrera entre el pensamiento exclusivamente interior y la expresión artística. Algunos otros elementos en común consisten también en la capacidad de descubrir relaciones entre experiencias antes no relacionadas, que se manifiestan en forma de nuevos esquemas mentales, como experiencias, ideas y procesos novedosos (Chávez, 2000). En el caso del artista, mientras más ideas tiene, mayor puede resultar su producción, en la medida en que pueda romper con los límites técnicos e ideológicos, mayor puede resultar su reconocimiento, en este sentido la creatividad funge como mecanismo para incrementar la producción ya sea de conductas o de obras. Arieti (1993) matiza las diferencias entre originalidad y creatividad, pues una persona que tiene gran abundancia de fantasías o ideas originales no será considerada creativa si no las lleva a la práctica de alguna manera, a su vez, la finalidad de estas ideas, determinarían su funcionalidad en el medio (Guimon, 2003).

En ese sentido, si sabemos que la creatividad implica la combinación de varias cualidades como el poder de la fantasía tal que trascienda la realidad, la capacidad de descubrir relaciones entre las cosas, sensibilidad y fuerza en la percepción, cierto grado de inquietud y anticonformismo, la capacidad de visualizar cosas inéditas, facilidad para imaginar hipótesis, audacia para

emprender nuevos caminos, etc., entonces podría decir que el mecanismo es el mismo y la diferencia radica en la forma en que éstas se manifiestan y se comunican; tanto artistas como pacientes psiquiátricos (especialmente las comorbilidades “esquizo”) manifiestan fluidez de ideas, flexibilidad de pensamiento, originalidad, capacidad para crear nuevas definiciones y sensibilidad para los problemas, por una parte para ser el génesis de obras, por otra parte para la instauración de delirios y alucinaciones.

Si comparamos el siguiente cuadro sobre el proceso creativo podemos observar una similitud con el proceso delirante o alucinatorio:

Proceso creativo según Rossman (1931)	Proceso delirante y alucinatorio
1.- Observación de una necesidad o dificultad	El paciente se enfrenta a una situación o serie de situaciones que representan una dificultad psíquica
2.- Análisis de la necesidad	Necesidad de ajustarse a dicha situación (o a dicha realidad)
3.- Una revisión de toda la información disponible	Conjunción de los elementos que conformaran el delirio o alucinación
4.- Una formulación de todas las soluciones objetivas	Preparación de las características delirantes y alucinatorias
5.- Un análisis crítico de estas soluciones, en busca de sus ventajas y desventajas	No existe
6.- El nacimiento de la idea nueva: la invención	Instauración del delirio o la alucinación
7.- Experimentación para probar la solución más prometedora, y la selección y perfección de la encarnación final por alguno de los pasos previos, o todos ellos	Desarrollo y enriquecimiento de las características delirantes y alucinatorias

Las cualidades de unicidad, originalidad y divergencia, frecuentemente se reconocen en el pensamiento de pacientes psiquiátricos, especialmente esquizofrénicos. Estos pacientes pueden utilizar expresiones insólitas en su habla, dan respuestas poco comunes a preguntas comunes, y su comportamiento parece extravagante, de la misma manera son características encontradas en personas con altos niveles de creatividad, especialmente artistas. Estos mecanismos también brotan espontáneamente en el ser humano sano, la diferencia radica en la idea de que mientras que la persona mentalmente enferma dirige su vida de

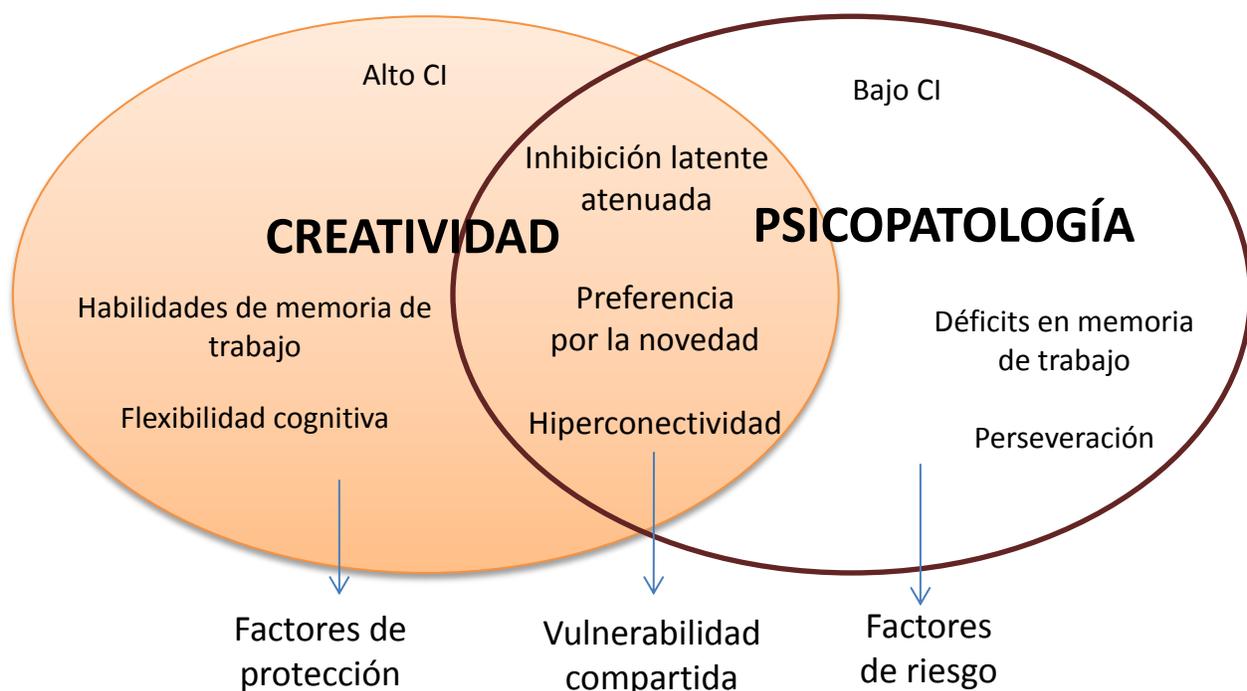
acuerdo con estos insólitos modos de pensar, la persona creativa los emplea en su labor de creación, ya sea de forma original en que ocurren, o más frecuentemente, después de haberlos modificado para que resulten más congruentes con la realidad común (Arieti, 1993).

La imaginación como génesis del mecanismo creativo, puede ser el componente que delinea los límites de la realidad. Sin embargo el vínculo entre la realidad y la fantasía consiste en la idea de que toda elucubración se compone siempre de elementos tomados de la realidad, extraídos de la experiencia anterior del ser humano, difícilmente la imaginación crea de la nada o a partir de fuentes de conocimiento distintas a la experiencia pasada. Cuando se analizan los contenidos delirantes o alucinatorios en la clínica, se pueden determinar los fenómenos relacionados con las características paranoides, referenciales, ideas de daño etc. vinculadas con las experiencias pasadas y tempranas de la persona, es decir el delirio y la alucinación se corresponden directamente con las experiencias previas, la emocionalidad correspondiente y la capacidad creativa del sujeto. En el caso de los artistas, la obra final surge como resultado también de las experiencias pasadas y tempranas del artista, la emocionalidad correspondiente, la técnica desarrollada y la capacidad creativa del sujeto. Cabe preguntarse, si los delirios psicóticos se vuelven más elaborados en la medida que el sujeto adquiere mayor experiencia o incrementa su capacidad creativa.

Vigotsky (2003) sostiene que la imaginación puede crear nuevos grados de combinación, mezclando primeramente elementos reales, combinando después imágenes de fantasía ya sí sucesivamente; la imaginería surge no sólo como el proceso primero o más primitivo de reproducir o representar lo real, sino también como el proceso primero o más primitivo de crear lo irreal, proceso compartido entre los artistas y los pacientes psiquiátricos, llevando, por una parte, al paciente esquizofrénico a provocar una frustración insoportable generando y manifestando gran parte de la sintomatología positiva, y por otra, llevando al artista a culminar con una obra.

Las experiencias tempranas pueden representar un papel determinante, estimulando y dirigiendo a la persona hacia cierto tipo de actividad. El niño que crece en un medio que carece de estabilidad y congruencia, podría llegar a ser un investigador en el campo de las ciencias, donde buscará y encontrará una sensación de certidumbre, para algunos aspectos del mundo. El niño que se siente acusado falsamente puede llegar a ser promotor de innovaciones que garanticen y protejan los derechos humanos; en este sentido, la creatividad como mecanismo psicológico puede determinar si la suma de vulnerabilidades que tiene una persona puede llevarla a la funcionalidad o a la patología.

Carson (2011) propone un modelo de vulnerabilidad compartida para la creatividad y la psicopatología que incluye desinhibición cognitiva, un estilo atencional caracterizado por la relevancia a la novedad y una hiperconectividad neuronal que incrementa las asociaciones entre estímulos disimilares. Establece que dichas vulnerabilidades interactúan con factores de protección meta-cognitivos tales como altos niveles de CI, capacidad de memoria de trabajo incrementada y mejor flexibilidad cognitiva que ayudan a dar forma y control a los estímulos para generar ideas novedosas y originales. Dicho modelo se representa en el siguiente diagrama:



Carson (2011) concluye que la creatividad como mecanismo psicológico tiene vulnerabilidades biológicas en común con la psicopatología que permiten, a su vez lograr acceder a estados alternativos de conciencia y que a su vez, el CI actúa como factor de protección para desarrollar o no algún trastorno psiquiátrico. Su concepto de “hiperconectividad” se relaciona con el antes mencionado de “sobreexcitabilidad” sólo que adicionándole un componente neuropsicológico de vulnerabilidad.

Esta propuesta brinda también, un panorama importante para el esclarecimiento de las diferencias particulares entre personas altamente creativas y personas con padecimientos psiquiátricos, así como de la evolución del mismo. A su vez, permite reconocer que tal vez la relación entre la creatividad y psicopatología pueda entenderse a través de los mecanismos cognitivos mediadores, y que no necesariamente es una relación bidireccional entre el mecanismo creativo y la sintomatología psiquiátrica sino más bien, una repercusión de las características cognitivas del sujeto. En el caso de la Esquizofrenia, se sabe que las personas con mayores CI tienen mejores pronósticos para la evolución del padecimiento, lo cual significa mayores factores de protección que pueden interactuar para favorecer su pronóstico, posibilitando, tal vez, el uso de la creatividad como mecanismo para lograr dicha mejoría. Dicho de otra manera, la suma de vulnerabilidades influye en la severidad de los síntomas y por ende en el pronóstico, de esta manera, el clínico puede intervenir para que dichas vulnerabilidades tengan menores repercusiones en los pacientes y prevenir futuras recaídas.

Finalmente, la utilización del lenguaje metafórico, característica de la creatividad, es un tipo de lenguaje que comparten artistas y personas con diagnóstico de Esquizofrenia, ya que utilizan este mecanismo (en muchas ocasiones lo priorizan) como una forma de adaptación al mundo circundante, la diferencia estaría en la conciencia que se tiene de ello y en la forma en que tanto individualmente como socialmente se aprecia el valor de ese resultado.

6.5 Aspectos psico-biológicos

De acuerdo con Nettle (2001), la “locura”, en la especie humana se ha preservado porque es una forma extrema de la cognición, y las formas extremas se han preservado porque producen buenos y malos resultados, en este caso los buenos corresponden a la creatividad inusual y los malos corresponden a la psicosis. Los rasgos que subyacen a la psicosis también subyacen a la visión del artista y la esencia de estos rasgos son identificados como imaginación exacerbada. Investigaciones con individuos con personalidades esquizotípicas caracterizados por comportamiento y lenguaje extraño pero que no cumplen los criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia han aportado las primeras evidencias neuropsicológicas de que son más creativos que la gente normal o las personas con Esquizofrenia franca, utilizando en mayor medida el hemisferio derecho de sus cerebros para utilizar su creatividad a diferencia de la población general (Folley & Park, 2005).

¿Qué se sabe de las características anatómicas y funcionales compartidas de estos grupos de personas? Aunque el tamaño del cerebro no está en relación directa con la creatividad, estudios realizados sobre la aparición de actividades artísticas en determinadas lesiones fronto-temporales parecen sugerir que esas alteraciones permiten la liberación de otras actividades corticales o subcorticales que facilitan la creatividad. La liberación de actividades nerviosas superiores daría lugar a síntomas por actividad de estructuras más profundas, esta hipótesis ha sido propuesta incluso para explicar los síntomas positivos de la Esquizofrenia (Guimon, 2003). En el caso de las experiencias alucinatorias visuales, se piensa que la pérdida de los sistemas corticales (en particular del lóbulo temporal anterior) relacionados con la inhibición del córtex visual posterior llevan a experimentar intensas experiencias visuales no filtradas con inclusión de memorias visuales, por otra parte, un aumento de la sensibilidad visual puede servir como motivación para pintar (crear), a su vez los lóbulos parietal y frontal funcionales permiten la programación y la ejecución del arte (Guimon, 2003). En el caso de la Esquizofrenia esta conexión también podría suceder como génesis de

la actividad alucinatoria, sólo que al pasar a las zonas fronto-temporales disfuncionales pierden control y recurren a rutas subcorticales en donde se reorganizan en niveles más básicos. A su vez, de acuerdo con Ey (1965), el delirio puede ser considerado como la expresión del tejido sano liberado por la abolición de la función de algún centro de la actividad cortical superior reorganizándose en niveles más inferiores, como producto de la desinhibición de áreas no dañadas. Y que la liberación de la actividad nerviosa en zonas corticales sensoriales primarias, fruto de una pérdida de la inhibición de las zonas corticales o subcorticales de asociación dañadas por diversos procesos patológicos está relacionada con la patogenia de las alucinaciones. Por lo tanto, la creatividad como mecanismo neuropsicológico podría estar relacionada en Esquizofrenia, con la reorganización neuronal dada la actividad autónoma de estructuras nerviosas no dañadas, rutas o mecanismos probablemente utilizados por los artistas para desarrollar su creación. En este sentido Obiols (1996) indica que dentro de las raíces más profundas del arte, se encuentran comportamientos primitivos y arcaicos, y que es el complejo amigdalino dentro del sistema límbico el que contribuye significativamente a la base anatómica y funcional del comportamiento primitivo y emocional que subyace a la creación artística y cuyas alteraciones subyacen también muchos de los trastornos psiquiátricos más vinculados con el arte.

Algunos estudios han demostrado que los cerebros de los esquizofrénicos, y de los pacientes bipolares presentan alargamiento de los ventrículos cerebrales, estudios PET han revelado patrones inusuales de activación, otros estudios han encontrado que los depresivos tienen actividad incrementada, comparado con los sujetos normales, en la amígdala. La actividad anormal de la amígdala es por consiguiente una reflexión del temperamento depresivo subyacente, no el estado por sí mismo. En aquellos en los que la sintomatología es mala, existe también una actividad incrementada en algunas partes del lóbulo frontal, y una disminución de la actividad en otras partes.

La asociación de la Esquizofrenia y la creatividad con la corteza cerebral no es extraña ni paradójica o coincidente. En la Esquizofrenia quedan perturbadas las funciones superiores mediadas en las áreas Temporo-occipito-parietales y pre-frontales, en la creatividad, las funciones de estas áreas se desenvuelven en formas insólitamente positivas. Aunque las mismas áreas participen en las dos condiciones, parece lógico suponer que la manera de funcionar es diferente. No se sabe aún, a nivel neurofisiológico cómo funcionan anormalmente las redes de estas dos áreas en la Esquizofrenia, a consecuencia de factores psicológicos u orgánicos. Aún más difícil es determinar cuan diferentemente funcionan estas dos redes en la persona creadora en relación con el individuo promedio. Tanto en la Esquizofrenia como en la persona creativa se conoce mucho más acerca de los procesos psicológicos subyacentes que acerca de los mecanismos neurofisiológicos concomitantes.

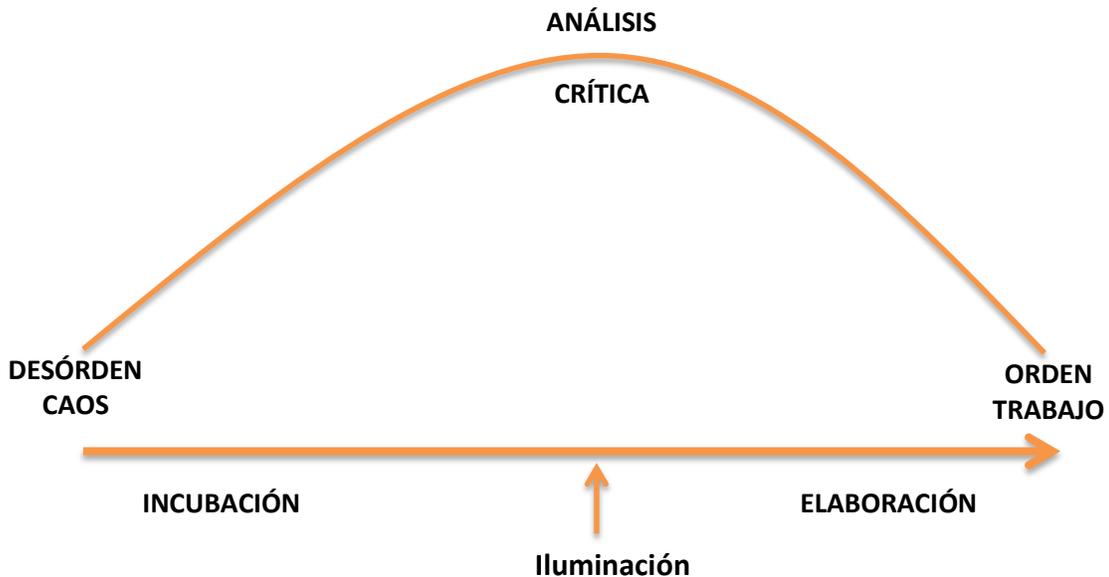
Ahora bien, he mencionado que un proceso en común entre arte y psicopatología es la resurgencia de elementos inconscientes en la vida consciente, en términos neuropsicológicos esto implicaría que los mecanismos inhibitorios y regulatorios de las estructuras corticales (especialmente las frontales) están alterados, entonces debe de haber algo diferente en el funcionamiento de los artistas a nivel frontal que le permiten eludir el proceso racional (imitando, posiblemente, la disfunción en las psicosis por ejemplo) para lograr salir de la norma, experimentar la “inspiración” para finalmente volver al proceso de análisis y síntesis. Esta podría ser la gran diferencia en “capacidad” que distingue a los artistas de los pacientes psiquiátricos, aunque en ocasiones dicho proceso podría también presentar “fallas” en el camino.

Obiols (1996) menciona lo siguiente:

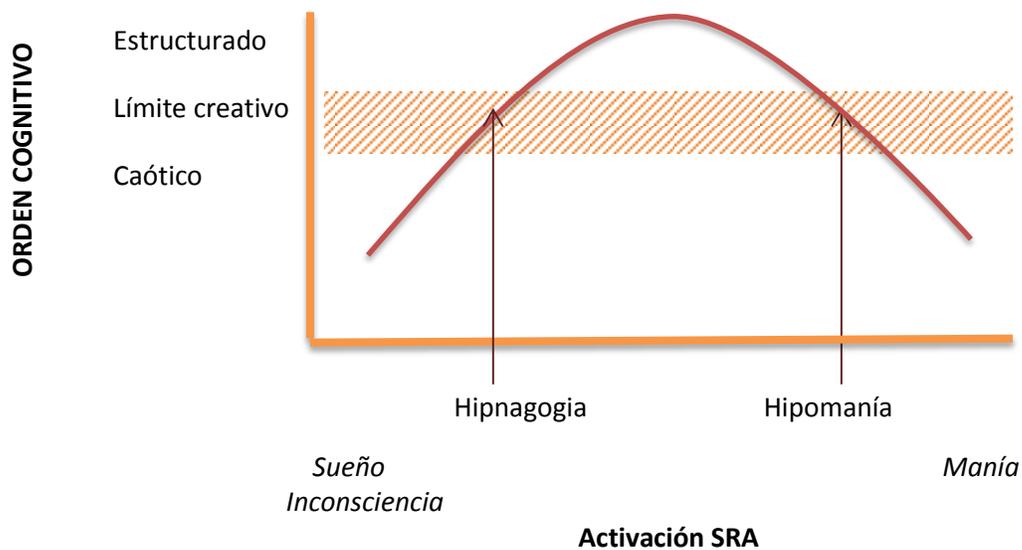
“Una pareidolia es una percepción anormal, una ilusión de los sentidos que nos hace ver formas concretas (o integrar sonidos) en donde sólo hay una masa amorfa de estímulos... La mente humana proyecta sobre este conjunto una visión que es libre, individual y novedosa. Esto implica la creación de un nuevo orden que no existía a priori. Por lo tanto este

proceso, que debe ser llamado creativo, toma lugar en la interacción de la masa caótica con los mecanismos que dan orden, generados dentro de la mente humana. El punto de partida es la idea de que el “orden” es un componente básico en el trabajo artístico. El espectador debe descubrir y apreciar el contenido y obtener algún tipo de placer. Se ha relacionado al placer estético con la categorización y la clasificación”

Se ha propuesto que la creatividad puede ser entendida como un proceso de conversión de estados caóticos a estados ordenados, proceso que puede ser entendido como de auto-organización, dicho proceso se representa en el siguiente diagrama:



Obiols (1996) propone un modelo que relaciona los estados de activación bajos (sueño, inconsciencia) y los estados de alerta e hiperactivación (normal, inducidos por drogas, psicopatológicos), que se distribuyen en un eje vertical llamado “orden cognitivo” indicando el nivel de estructuración mental. La activación de bajos niveles del sistema reticular activador (SRA) puede llevar a estados mentales caóticos, por ejemplo el ensueño. La activación de altos niveles del SRA pueden a su vez causar desestructura cognitiva, y también provocar estados mentales caóticos. El siguiente esquema ejemplifica lo anterior:



Para Obiols (1996) los estados de transición son los de mayor importancia porque son en donde se facilita el acto creativo, por ejemplo en la transición del estado de alerta al cansancio (hipnagogia) así como la transición de la normalidad a la manía (hipomanía, euforia). Permitiendo que los límites creativos generen “nuevos órdenes” a las cosas.

Este modelo es congruente con el propuesto por Hobbson (2004) sobre el desequilibrio neuroquímico en los estados de activación-inhibición cerebrales, y que el sueño puede ser entendido como un delirio. En este sentido, la creatividad juega un papel muy importante en la conversión y regulación de los estados caóticos-disfuncionales hacia los adaptativos-funcionales. Ahí podría encontrarse también la génesis funcional del vínculo entre el artista y el paciente psiquiátrico, contemplando a la creatividad como un mecanismo regulatorio, bajo el entendido de que ciertos aspectos del sueño y la Esquizofrenia resultan de la sobreactivación del sistema de gratificación, el cual forma parte del sistema dopaminérgico mesolímbico-mesocortical (García, 2007).

Finalmente, al recordar que los datos sugieren que la esquizotipia es un rasgo que vincula más fuertemente (incluso más fuerte que la Esquizofrenia franca) a la creatividad con pacientes “esquizos” se pueden hacer los ajustes necesarios al

modelo anterior considerando que se ha descrito que este tipo de personas tienen un mejor uso del funcionamiento cerebral bilateral en gran variedad de tareas y que este funcionamiento está relacionado con una mejor capacidad creativa (Folley & Park, 2005)

6.6 La creatividad artística como herramienta de intervención en la psicopatología.

El tema de Arte y psicopatología, es una de las pocas áreas en las que se fusionan y corren a la par la humanística y la biológica, para los investigadores en esta área, deben de combinar aspectos inherentes al cerebro y estadísticas con un interés más cualitativo (Nettle, 2001). Después de todo, la creatividad puede entenderse desde varios aspectos, como que es un beneficio de mantener los alelos psicóticos en el genoma, o bien, que es un mecanismo neuropsicológico de adaptación o bien una forma de expresión y comunicación.

A nivel clínico, resulta interesante la idea de que, incluso con la predisposición genética, las probabilidades de desarrollar Esquizofrenia pueden ser muy variadas. La suma de vulnerabilidades resulta decisiva en la manifestación de psicopatología. Los factores ambientales pueden jugar un papel decisivo para que se exprese o no la enfermedad o bien, para determinar el grado de severidad con la que se presentará. La mala nutrición social, estructural y funcionalmente, puede ser tan nociva para el cerebro como la mala alimentación física; la creatividad no es probable que surja en un medio que causa daño cerebral “sociogénico”, salvo en aquellos grupos privilegiados que pueden liberarse de las influencias nocivas, la psicología clínica desarrolla tecnologías, bajo la idea de que dicho estado puede remediarse, Arieti (1993) menciona al respecto:

“Cambiar un medio que causa “daño cerebral sociogénico” por uno que sea creativogénico”

Si la predisposición genética es una condición para que se cumpla el destino esquizofrénico, los eventos tempranos en la vida de un sujeto pueden actualizar el potencial del genoma, perturbar el desarrollo neurobiológico y alterar la bioquímica del sistema. Como ya vimos, las teorías biológicas de la Esquizofrenia priorizan los trastornos dopaminérgico y glutamatérgico, los cuales, entre otros, transforman el pensamiento de la vigilia y lo asemejan al pensamiento onírico; y es durante la adolescencia cuando es más común que surja la enfermedad dado que es cuando se ponen a prueba los circuitos neuronales (García, 2005). Brindar herramientas tempranas puede ayudar a modificar esta vulnerabilidad, la creatividad puede ser un medio plausible para intervenir desde “afuera” en la actividad neuronal “interna”.

6.7 Una propuesta para la intervención

Las intervenciones en Terapia artística pueden ayudar a la resolución de delirios y alucinaciones, valiéndose del mecanismo de la creatividad para lograrlo. También se han ampliado las investigaciones que miden y describen los cambios neuroquímicos asociados al proceso creativo, brindando posibilidades de intervenir en un campo en el que la mayoría de las intervenciones (farmacológicas, psicoterapéuticas y sociales) han tenido resultados muy limitados: los síntomas negativos. En un principio, el arte como actividad per se, impacta en el estado de ánimo. La creatividad en el arte funciona también modificando el medio, funcionando adicionalmente a otro nivel: el emocional. Actualmente se están desarrollando más y mejores estudios que describen las características anatómico-funcionales de los artistas (especialmente músicos y artistas visuales) encontrando diferencias significativas estructurales, de conexiones y rutas neuronales. Estos estudios significan un gran avance para dilucidar cuáles son las diferencias que subyacen la funcionalidad de los artistas frente a la disfuncionalidad de los pacientes psiquiátricos. Las terapias modernas que utilizan el arte como recurso para la modificación de conductas, la expresión y comunicación de aspectos inconscientes que no tienen cabida en otros medios y

la adopción de estrategias y habilidades sociales y familiares pueden valerse de este conocimiento para justificar en varios niveles no sólo la utilidad si no la validez de su metodología. Por ejemplo, partiendo de la idea de que la creatividad es un mecanismo compartido, y utilizado por los artistas y los pacientes por igual, podríamos entonces lanzar la hipótesis de que las diferencias encontradas son producto de mecanismos cerebrales compensatorios desarrollados a partir de la práctica artística, y que dos personas con la misma vulnerabilidad genética pueden tener un mejor pronóstico a partir de la incursión y la práctica en las artes.

La flexibilidad es una de las características que más vinculan la creatividad y la psicopatología y que características como la culpa, el miedo y la ansiedad pueden llegar a bloquear el acto creativo, volviéndolo rígido y estereotipado (Chávez, 2006). Por lo tanto, al encontrar pacientes altamente creativos, las intervenciones artísticas pueden ayudar a traducir el mecanismo creativo de la persona, de algo patológico a algo funcional. La locura no es sólo una disfunción mental sino un estado de hiperfunción de ciertas características mentales (Nettle, 2001). Tenemos entonces que la mente funciona mal (o diferente) en los psicóticos, sin embargo está intrínsecamente relacionada al funcionamiento creativo en personas sin padecimientos. Primero porque la mente está siendo disfuncional de una forma muy específica, coherente e imaginativa. Segundo, las cosas que suceden en una disfunción psiquiátrica están relacionadas a lo que sucede en la vida normal; los delirios están relacionados en cierto nivel con los sueños, las bromas, las historias, que son comunes en las mentes más sanas. La manía y la depresión están relacionadas, en cierto sentido a las experiencias comunes y saludables de alegría y dolor. Pareciera que, la sintomatología “de la locura” está relacionada al funcionamiento correcto de la mente humana. Difieren de la salud en que son caricaturas terriblemente exageradas e implacables de sus contrapartes normales.

Edgar Allan Poe escribió que la ciencia no nos ha enseñado aún si la locura es o no lo más sublime de la inteligencia, Nietzsche dijo que siempre hay un poco de locura en el amor, pero siempre hay un poco de razón en la locura, William Blake sostuvo que si el loco persistiese en su locura se volvería sabio y Tchaikovsky

alguna vez comentó que si no fuera por la música, habría más razones para volverse loco; en ocasiones el artista piensa que sólo hay dos maneras de fugarse de la realidad, una es la locura y otra es la muerte, sin embargo, el gran aprendizaje que han dejado tras de ellos, es que si bien no podemos tener el control de todas las situaciones estresantes de la vida, si se pueden desarrollar marcos positivos de inmersión y control de dichas situaciones, y su gran legado es la muestra perfecta de ello.

7. CONCLUSIÓN

La diferencia entre aquellos que se vuelven “locos” y aquellos que no, no son por mucho los eventos que viven en su vida, sino la forma que están dispuestos a responder a ellos. Los eventos son los disparadores, pero debe de haber algo en la persona que determina si los enfrenta o reaccionan de otra manera. Si bien los estresores tempranos pueden sensibilizar al individuo a los trastornos mentales o predisponer al sistema nervioso para desarrollarlos, hoy en día se tienen los conocimientos necesarios para actuar con premeditación y cautela. Los estudios realizados en sujetos prodrómicos o bien con población de alto riesgo a desarrollar psicosis han hecho énfasis en las intervenciones tempranas para prolongar los primeros episodios, o bien para atenuarlos. En este sentido, la asesoría genética puede ser un medio ideal para que personas con altas probabilidades de heredar la genética de trastornos psiquiátricos puedan implementar estrategias tempranas que actúen de manera sistemática en el futuro de su descendencia. Así, el arte puede ofrecer un medio de vital importancia para intervenir sistémicamente, y ampliar su campo de acción terapéutico de intervenciones dado ya el problema a intervenciones preventivas.

8. REFERENCIAS

Aldaz, J. A., & Vázquez, C. (Eds.). (1996). Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Siglo XXI de España Editores.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. American Psychiatric Publishing, Inc..

Andreasen, N. C. (1987). Creativity and mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 144(10), 1288-1292.

Anonymous. (1994). First person account: Life with a mentally ill spouse. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 227-229

Arieti, S. (1993). *La creatividad: la síntesis mágica*. Fondo de Cultura Económica.

Arden, R., Chavez, R. S., Grazioplene, R., & Jung, R. E. (2010). Neuroimaging creativity: a psychometric view. *Behavioural brain research*, 214(2), 143-156.

Asaad, G., & Shapiro, B. (1986). Hallucinations: theoretical and clinical overview. *The American journal of psychiatry*.

Bakker, F. C. (1991). Development of personality in dancers: A longitudinal study. *Personality and individual differences*, 12(7), 671-681.

Barrett, T. R., & Etheridge, J. B. (1992). Verbal hallucinations in normals, I: People who hear 'voices'. *Applied Cognitive Psychology*, 6(5), 379-387.

Bentall R. (1990) The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations *Psychology Bulletin* 107 82-95

Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Oxford, England: International Universities Press

Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology. Bowlby, John., Greenspan, Stanley I. (Ed); Pollock, George H. (Ed), *The course of life, Vol. 1: Infancy.* , (pp. 229-270). Madison, CT, US: International Universities Press, Inc, ix, 696 pp.

Burch, G. S. J., Pavelis, C., Hemsley, D. R., & Corr, P. J. (2006). Schizotypy and creativity in visual artists. *British Journal of Psychology*, 97(2), 177-190.

Cale, E. M., & Lilienfeld, S. O. (2002). Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differentiated manifestations of psychopathy?. *Journal of personality disorders*, 16(1), 52-72.

- Carson, S. H. (2011). Creativity and psychopathology: a shared vulnerability model. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56(3), 144-153.
- Carlsson, I., Wendt, P. E., & Risberg, J. (2000). On the neurobiology of creativity. Differences in frontal activity between high and low creative subjects. *Neuropsychologia*, 38(6), 873-885.
- Cangas, A. J. Olivencia, J. J., (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad: un estudio de caso.
- Cangas, A. J., García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., Hidalgo, Á. M., & Gutiérrez, O. (2005) Influence of metacognitive variables on paranoid ideation.
- Chávez, R. A., & Lara, M. D. C. (2000). La creatividad y la psicopatología. *Salud mental*, 5(23) Pág. 2.
- Chávez, R. A. (2004). La creatividad en la educación artística. *Cuadernos Interamericanos de Investigación en Educación Musical*, 3(006).
- Chávez, R. A., Graff-Guerrero, A., García-Reyna, J. C., Vaugier, V., & Cruz-Fuentes, C. (2004). Neurobiología de la creatividad: resultados preliminares de un estudio de activación cerebral. *Salud Mental*, 27(3), 38-46.
- Chavez-Eakle, R. A., Lara, M. D. C., & Cruz-Fuentes, C. (2006). Personality: A possible bridge between creativity and psychopathology?. *Creativity Research Journal*, 18(1), 27-38.
- Claridge, G., Pryor, R., & Watkins, G. (1990). *Sounds from the bell jar: Ten psychotic authors*. St Martin's Press.
- Coyle, J. T. (2006). Glutamate and schizophrenia: beyond the dopamine hypothesis. *Cellular and molecular neurobiology*, 26(4-6), 363-382.
- Crow, T. J. (1994). Aetiology of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 7(1), 39-42.
- Danhke, G.L. (1989). Investigación y comunicación. En C. Fernández—Collado y G.L. Danhke (comps.). *La comunicación humana: ciencia social*. México, D.F.
- De La Lande, J. (1769). *Voyage d'un françois en Italie, fait dans les années 1765 & 1766: contenant l'histoire & les anecdotes les plus singulieres de l'Italie..* (Vol. 4). Desaint.
- De Lecuona, J. M., Joseph, K. S., Iqbal, N., & Asnis, G. M. (1993). Dopamine hypothesis of schizophrenia revisited. *Psychiatric Annals*.

Dergan José (1987) Análisis Neuropsicológico de la Esquizofrenia. Caribbean Center for Advanced Studies Miami Institute of Psychology.

Dergan José (2006) Neuropsicología de la Esquizofrenia Ecoe Ediciones

Eguiluz, I., & Segarra, R. (2005). Introducción a la Psicopatología. Barcelona, Grupo Ars.

Estrada, M. R. (1989). Psicología de la creatividad. Editorial Pax-México, Librería Carlos Cesarman.

Ey Henry (1965) Tratado de Psiquiatría Barcelona Ed. Masson

Feist, G. J. (1998). A meta-analysis of personality in scientific and artistic creativity. *Personality and Social Psychology Review*, 2(4), 290-309.

Flaherty, A. W. (2005). The midnight disease: The drive to write, writer's block, and the creative brain. Houghton Mifflin Harcourt.

García, H. B. (2007). Neuroanatomía del psiquismo y origen de la Esquizofrenia (II). *CienCia y SoCiedad*, 32(1), 47-68.

Guilford, J. P. (1957). Creative abilities in the arts. *Psychological review*, 64(2), 110.

Guimon, J. (2003). Mecanismos psico-biológicos de la Creatividad artística. Desclee de Brouwer.

Hamilton M. (1985) Psicopstología Clínica de Fish, 2da ed. Madrid Interamericana

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2007). Fundamentos de metodología de la investigación. *Madrid [etc.]: McGraw-Hill*.

Hobson, J. A. (1994). El cerebro soñador. Fondo de Cultura Económica.

Hobson, J. A. (2004). Los Sueños Como Delirio. Fondo de Cultura Económica.

Howes, O. D., Egerton, A., Allan, V., McGuire, P., Stokes, P., & Kapur, S. (2009). Mechanisms underlying psychosis and antipsychotic treatment response in schizophrenia: insights from PET and SPECT imaging. *Current pharmaceutical design*, 15(22), 2550.

Jackson, D. D. (1960). Etiología de la Esquizofrenia. Ed. Amorroutou, Buenos Aires

Jamison, K. R. (1995). Manic-depressive illness and creativity. *Scientific American*, 272(2), 62.

Jarne Esparcia A., Talarn CaparrósA., Armayones Ruíz Manuel., Horta i Faja Esther., Requena Varón., (2006) "Psicopatología" Ed. UOC España

Jaspers K. (1993) Psicopatología General. México Ed. Beta

Jaspers K. (1996) Psicopatología General. 2 ed. Buenos Aires Ed Beta

Jonson, D. E. (2000). Métodos Multivariados Aplicados al Análisis de Datos. México. *International Jhonson Editores*.

Juda, A. (1949) The relationship between highest mental capacity and psychic abnormalities. *American Journal of Psychiatry*, 106

Koestler, A. (1985). The three domains of creativity. In *The concept of creativity in science and art* Springer Netherlands.

Loa, N., Chávez, R. A., & Lara, M. D. C. (2005). La creatividad y el relato en los diferentes tipos de delirios crónicos: un estudio descriptivo. *Salud Mental*, 28(4), 11.

Ludwig, A. M. (1992). Creative achievement and psychopathology: comparison among professions. *American journal of psychotherapy*.

Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. *Schizophrenia bulletin*, 36(2), 331-340.

Marchant-Haycox, S. E., & Wilson, G. D. (1992). Personality and stress in performing artists. *Personality and individual differences*, 13(10), 1061-1068.

Matussek, P. (1984). La creatividad. Desde una perspectiva psicológica. Edit. Herder, Barcelona.

McKenna, P. J. (1984). Disorders with overvalued ideas. *The British Journal of Psychiatry*, 145(6), 579-585.

Mihaly Csikszentmihalyi (1996) *Creativity Flow and psychology of discovery and invention* Ed Paidós Ibérica S.a.

Miller, B. L., Cummings, J., Mishkin, F., Boone, K., Prince, F., Ponton, M., & Cotman, C. (1998). Emergence of artistic talent in frontotemporal dementia. *Neurology*, 51(4), 978-982.

Nettle, D. (2001). *Strong imagination: Madness, creativity and human nature*. Oxford University Press.

Nettle, D. (2006). Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists, and mathematicians. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 876-890.

Obiols, J. E. (1996). Art and creativity: Neuropsychological perspectives. *Depression and the spiritual in modern art: Homage to Miro*, 33-47.

Otero, A. (1996). *Depression and the Spiritual in Modern Art: homage to Miró*. Wiley. Pág. 6

Panksepp, J. *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press, New York 1998

Pinel John. (2007) "Biopsicología" Ed. Pearson Addison Weasley

Rawlings, D., & Locarnini, A. (2008). Dimensional schizotypy, autism, and unusual word associations in artists and scientists. *Journal of Research in Personality*, 42(2), 465-471.

Saracco R.A.; Escamilla I. (2012) "Breviario de Esquizofrenia" Ed. Prado, 1era ed.,1-18.

Schildkraut, J. J., & Otero, A. (Eds.). (1996). *Depression and the Spiritual in Modern Art: homage to Miró*. John Wiley.

Schneider K., *Las personalidades psicopáticas*, Morata, Madrid

Shergill, S. S., Brammer, M. J., Williams, S. C., Murray, R. M., & McGuire, P. K. (2000). Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Archives of general psychiatry*, 57(11), 1033-1038.

Schildkraut, J. J., & Otero, A. (Eds.). (1996). *Depression and the Spiritual in Modern Art: homage to Miró*. John Wiley.

Slade P., Bentall R.(1988) *Engaños sensoriales* Londres, Ed. Croom Helm

Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (1999). The concept of creativity: Prospects and paradigms. *Handbook of creativity*, 1, 3-15.

Sims A. (1988) *Symptoms in the mind* Londrtes Ed. Baillére-Tindall

Vega Hamid (2011) "Epidemiología de la Esquizofrenia" *Breviario de Esquizofrenia*" Ed. Prado, 1era ed.,49-64.

Vigotsky, L. S. (2003). *Imaginación y creación en la edad infantil*. Nuestra.

Watzlawick, P. A. (1984) *Estructura de la comunicación psicótica* Barcelona Herder

Wills, G. I. (2003). Forty lives in the bebop business: mental health in a group of eminent jazz musicians. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 255-259.

Yokochi, S., & Okada, T. (2005). Creative cognitive process of art making: A field study of a traditional Chinese ink painter. *Creativity Research Journal*, 17(2-3), 241-255.

Yunes Arlette (2012) "Fenomenología de la Esquizofrenia" Breviario de Esquizofrenia" Ed. Prado, 1era ed., 19-32

Zaidel, D. W. (2010), Art and brain: insights from neuropsychology, biology and evolution. *Journal of Anatomy*, 216: 177–183. doi: 10.1111/j.1469-7580.2009.01099.x