

Natàlia SELLARÉS BERENGUÉ

ARTE Y PSIQUIATRÍA EN LA PINTURA DE VINCENT
VAN GOGH

Trabajo Fin de Grado
dirigido por
Dra. Clara GUILERA DOMINGO

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Ciencias Sociales
Grado en Psicología

2016

Van Gogh es un hiperesteta [...] que percibe con una intensidad anormal y puede que dolorosa. Una intensidad invisible para el ojo sano, al margen de toda banalidad. Su cerebro hierve y lanza su lava con fuerza irresistible a los barrancos del arte, un genio terrible y demente, casi siempre sublime, a veces grotesco, siempre al borde de lo patológico.

ALBERT AUBERT

Resumen

Desde la Antigüedad las alteraciones conductuales y mentales han sido un problema de difícil comprensión. Especialmente aquellas de tipo delirante, las cuales han afectado a gran cantidad de artistas como Edvard Munch, Louis Wain o William Kurelek. Ante el presupuesto popular de asociar la genialidad con la “locura”, el presente trabajo pretende esclarecer la existencia –o no– de una relación entre el funcionamiento cerebral del esquizofrénico y las áreas cerebrales implicadas en la producción artística. Siendo también objeto del presente ahondar en este trastorno de naturaleza compleja.

Para apreciar la evolución de la esquizofrenia a través del arte, nos hemos basado en la turbulenta vida del artista holandés Vincent van Gogh, además de profundizar en el origen conceptual del trastorno, tomando como fundamentos las aportaciones de Emil Kraepelin, Eugen Bleuler, Kurt Schneider y Timothy Crow y, ahondar en bases biológicas de la producción artística. Todo ello ha puesto de manifiesto que la genialidad artística no es causa ni causante en sí misma de una alteración mental. Lo que vulgarmente hemos llamado “genialidad” refiere, en verdad, a la capacidad que tiene el individuo de dialogar y confrontarse consigo mismo y compartir mediante su trazo los significados de su emocionalidad y su realidad. Hacer de su lenguaje interior imágenes comprensibles.

Resum

Des de l'Antiguitat les alteracions conductuals i mentals han estat un problema de difícil comprensió. Especialment aquelles de tipus delirant, les quals han afectat a gran quantitat d'artistes com Edvard Munch, Louis Wain o William Kurelek. Davant la pressuposició popular d'associar la genialitat amb la “bogeria”, el present treball pretén aclarir l'existència –o no– d'una relació entre el funcionament cerebral de l'esquizofrènic i les àrees cerebrals implicades en la producció artística. Sent també objecte del present, aprofundir en aquest trastorn de naturalesa complexa.

Per apreciar l'evolució de l'esquizofrènia a través de l'art, ens hem basat en la turbulenta vida de l'artista holandès Vincent van Gogh, a més d'aprofundir en l'origen conceptual del trastorn, prenent com a fonaments les aportacions d'Emil Kraepelin, Eugen Bleuler, Kurt Schneider i Timothy Crow. Tot això ha posat de manifest que la genialitat artística no es causa ni causant en sí mateixa d'una alteració mental. El que vulgarment hem nomenat “genialitat” refereix, vertaderament, a la capacitat que té l'individu de dialogar i confrontar-se amb sí mateix i compartir mit-

jançant el seu traç els significats de la seva emocionalitat i la seva realitat. Fer del seu llenguatge interior imatges comprensibles.

Abstract

Since antiquity behavioral and mental disorders have been worry of hard understanding. Especially those of delirious character which have affected a large number of artists like Edvard Munch, Louis Wain or William Kurelek. In the face of tie in this popular budget with “madness”, this work aims to clarify the existence –or not- of the relationship between schizophrenic cerebral performance and the areas involved in artistic productions. The work has the purpose of deepen on a disorder with confusing nature.

To appreciate schizophrenia evolution thought the art, we have relied the turbulent life of Vincent van Gogh, in addition to deepen in the conceptual origin of the disorder taking as basis the contributions of Emil Kraepelin, Eugen Bleuler, Kurt Schneider y Thimothy Crow, and delve into the biological basis of artistic production. This as shown that artistic genius does not cause nor causative by herself of mental illness. What is commonly call “geniality” truly refers the human capacity to discuss and confront with himself and share through its stroke the meanings of their emotionality and reality. Making their inner language understandable images.

Palabras claves / Keywords

Creatividad – Emil Kraepelin – Eugene Bleuler – Esquizofrenia – Hipótesis dopaminérgica – Hipótesis serotoninérgica – Neuroestética – Vincent van Gogh
--

Sumario

Introducción.....	9
Capítulo I. Esquizofrenia y pintura.....	11
1. Esquizofrenia.....	11
1.1. Concepto.....	11
1.1.1. Historia de la esquizofrenia.....	11
1.2. Etiopatogenia.....	15
1.2.1. Factores genéticos.....	16
1.2.2. Factores ambientales y familiares.....	16
1.2.3. Fisiopatología.....	17
1.3. Clínica.....	19
1.3.1. Epidemiología.....	19
1.3.2. Formas de inicio.....	20
1.3.3. Síntomas.....	21
1.4. Diagnóstico.....	23
1.4.1. Criterios diagnósticos DSM-5 y CIE-10.....	23
1.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad.....	23
1.5. Evolución, pronóstico y tratamiento.....	24
1.5.1. Curso y pronóstico.....	25
1.5.2. Tratamiento.....	25
2. Arte y mecanismos biológicos de la expresión artística.....	27
2.1. Neuroestética.....	27
2.2. Creatividad.....	28
2.3. Anatomía.....	29
2.4. Bioquímica.....	37
Capítulo II. Vincent van Gogh.....	39
3. Biografía.....	39
3.1. Vida.....	39
3.1.1. Primeros años; la familia Van Gogh.....	39
3.1.2. Amor a Theo y autoexilio a Bruselas.....	42
3.1.3. La vida en Arlés, el Hôtel Dieu y Saint-Rémy.....	46
3.1.4. Descubriendo al artista y observando su fin.....	51
3.2. Influencias.....	53
4. Enfermedad y trayectoria.....	55
4.1. El sembrador (1881); La Pena (1882) y Los comedores de patatas (1885).....	55

4.2. Mujer en el Café du Tambourin (1887); El dormitorio en Arlés, Los girasoles, y Terraza de café por la noche (1888); La noche estrellada, La Iglesia de Auvers-sur-Oise y Ramas de almendro en flor (1890).....	57
4.3. Distintos autorretratos (1886 – 1889).....	64
Conclusiones.....	69
Bibliografía.....	73
Anexo I.....	77
Anexo II.....	81

Introducción

Desde la Antigüedad las alteraciones conductuales y mentales como la manía, la melancolía, la demencia y la frenitis (tipo delirante) han sido un problema de difícil comprensión. Los dolientes, individuos de personalidad fría y conducta impredecible, descuidados en su imagen, higiene y alimentación, se caracterizan por poseer una personalidad desintegrada, un razonamiento desestructurado, y sobretodo, por la incapacidad de mantener relaciones sociales. Así, tanto el desconocimiento que ocasionan dichas alteraciones, como el significativo malestar social que producen, les aleja de la comunidad. Lo que ha llevado ya desde tiempos de Hipócrates a hacer conceptualizaciones sobre el origen y el tratamiento de dichas enfermedades (Hare, 2003).

El presente trabajo aflora del interés personal de profundizar y comprender mejor un trastorno complejo del curso del pensamiento, a la vez que se penetra en el cerebro y en la concepción del mundo de un gran artista como fuere Van Gogh. Algo que siempre despertó nuestra curiosidad. El trabajo evidencia un deseo de comprensión mental del artista más allá de la clínica de su enfermedad. El anhelo de ver con sus ojos y vivir su arte, a la par que se comprende e integra el curso de la esquizofrenia mediante la contemplación de su obra y el análisis de su biografía.

Es por ello que el objeto que nos hemos marcado no solo consiste en comprender éste trastorno de naturaleza confusa, sino también en descubrir la posible existencia de bases biológicas comunes entre la esquizofrenia y el arte, y la posible influencia de ellas en la intensa y grotesca producción que se ha observado en gran parte de artistas diagnosticados de esquizofrenia. Por lo que proponemos tres hipótesis; la primera que exista un nexo neurológico y estructural entre la esquizofrenia y la habilidad artística. La segunda, que la unión de esquizofrenia y altas capacidades artísticas confluya en una expresión artística potente, feroz, altamente creativa y surrealista. Y la tercera; refutar la creencia arraigada de que la genialidad es sinónimo de trastorno mental. Lo que concluiría con la estigmatización a la que se ven presionados muchos artistas.

Para ello dicho trabajo pone su punto de mira en la esquizofrenia. Una afección crónica de curso uniforme, de inicio en la adultez temprana que interrumpe el ciclo vital del individuo. Al ser un trastorno de base psicótica cuyo rasgo principal es la ruptura del individuo con la realidad a través de sintomatología alucinatoria y delirante (síntomas positivos) manifestada en las fases activas. Aunque también se compone de síntomas negativos como el retraimiento emocional, el embotamiento afectivo o el retraimiento social.

El presente trabajo, se asenta en dos capítulos fundamentales. El primero –llamado Esquizofrenia y pintura– se divide en dos partes. La inicial; en la que se introduce y detalla la concepción del trastorno y se hace un repaso histórico iniciado con el planteamiento del término psicótico por Ernst Von Feuchtersleben. Hecho que será esencial para comprender la concepción de la esquizofrenia a manos de Kraepelin y la *dementia praecox* y su evolución posterior. Pasando por Bleuler como introductor del vocablo esquizofrenia, por Jaspers y el método biográfico (el cual da especial importancia a la historia personal del paciente), por Schneider y las experiencias psicóticas de primer rango, y por Crow, que introduce los síntomas positivos, los negativos y los cognitivos. Este apartado recoge también la noción de esquizofrenia incluida en el DSM-5 y el CIE-10. Asimismo, en esta parte se va a realizar el análisis etiopatogénico, evaluativo e interventivo. Finalmente, en una segunda parte de este primer capítulo –llamada Arte– se van a tratar los mecanismos biológicos de la expresión artística.

Ya en el segundo capítulo –llamado Vincent van Gogh–, dividido a su vez en dos partes diferenciadas; Biografía y, Enfermedad y trayectoria, se va a relacionar la patología descrita en la primera parte con la creación artística de Van Gogh. Pero no sin antes haber hecho especial hincapié en los acontecimientos vitales esenciales del artista, así como a sus vínculos sociales, sus influencias artísticas y su relación con la afección y el tratamiento recibido. Para ello, ha sido importante hacer un exhaustivo estudio sobre los mecanismos biológicos de la expresión artística, la vida, las influencias y las obras del artista. Lo que nos ha llevado a emplear la biografía de Vincent Van Gogh escrita por Steven Naifeh y Gregory White Smith (2012), además de analizar distintos manuales psicopatológicos y neurobiológicos, así como diversos artículos sobre la historia de la esquizofrenia, su clínica y clasificación.

Por lo que hace a la esquizofrenia es importante remarcar que aún hoy resulta difícil determinar su etiopatogenia, con lo que no es de extrañar que a lo largo de la historia se hayan generado tantas propuestas teóricas y terapéuticas sin que se haya llegado a un consenso en su definición. Sin embargo, estas teorizaciones se han generalizado y han influenciado de algún modo a toda la concepción psiquiátrica. En cambio, su desarrollo en el ámbito interventivo y terapéutico ha diferido de un Estado a otro, debiéndose a los cambios económicos, tecnológicos, políticos, científicos, legales y sociales propios de cada país. No obstante, actualmente hemos llegado a un consenso universal en su intervención, en las que las disparidades terapéuticas –en todo caso– derivarían de las matizaciones particulares de la escuela o corriente psicológica a la que se adhiere el terapeuta.

CAPÍTULO I. ESQUIZOFRENIA Y PINTURA

1. Esquizofrenia

1.1. Concepto

Etimológicamente el término esquizofrenia proviene del griego ‘*schiz*’ (separar) y ‘*phren*’ (mente) y refiere a un trastorno mental grave que afecta a 21 millones de personas en todo el mundo. Aproximadamente el 40% de los enfermos no recibe tratamiento, y representa la segunda enfermedad (después de la depresión) con mayor demanda de tratamiento¹ (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Tanto Mchugh y Slavney (2001) como Jarne y Talarn (2015) coinciden en que no existe una definición unánime para la esquizofrenia. Los psiquiatras han ido cambiando continuamente su formulación teórica a cerca de su etiología y su tratamiento y, siguen discutiendo sobre aquello que es verdaderamente nuclear en este trastorno, aquello que lo distingue de otras patologías. De ello que aún no se haya consensuado si existe un trastorno con distintos subtipos (visión kraepeliniana) o diferentes trastornos que comporten algunas características comunes (visión bleuleriana). Sin embargo sí que podemos decir que la esquizofrenia es un trastorno de evolución crónica y fluctuante con tendencia al deterioro cognitivo y la disfunción social, donde la calidad de vida está afectada y se desconoce la causa específica que la produce (Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013, y Instituto Nacional de Psiquiatría, 2014).

1.1.2. Historia de la esquizofrenia

El interés por las enfermedades mentales no es algo nuevo. Ya desde la antigüedad, en tiempos de Hipócrates, había una preocupación por el comportamiento “anormal” e impredecible de un enfermo con pocas habilidades para relacionarse y pocos hábitos higiénicos. Según Hare (2003), una primera concepción de los trastornos mentales incluía cuatro tipos principales; la manía, la melancolía, la demencia y la frenitis. Y esta primera formulación es la que nos permitirá explicar la evolución cronológica de la esquizofrenia, situada a un paso entre la demencia y la frenitis, ya que la primera concepción sobre esquizofrenia que trataremos hará referencia a la *dementia praecox* de Emil Kraepelin. Sin embargo, los escasos historiales clínicos suficientemente completos, el limitado desarrollo de la medicina clínica, la ocultación de enfermos y, las múltiples teorías sobre esquizofrenia planteadas, nos dificultarán

¹ Según el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2014) este es el trastorno mental más severo e incapacitante, y representa entre el 40 y el 50% de las hospitalizaciones psiquiátricas.

la sistematización evolutiva del concepto de finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX.

La primera aparición del término demencia precoz se remonta a Francia, cuando en 1852-1853 Benedict Agustin Morel presentó en sus *Études cliniques* la *démence stupide*. Morel había observado distintos casos de jóvenes alienados que inicialmente presentaban estereotipia de conductas, gestos y lenguaje, y evolucionaban hacia una pérdida de las facultades mentales (Novella, Huertas, 2010).

En 1899 Kraepelin publicó la sexta edición de su tratado, donde planteó el concepto de *dementia praecox*. Inicialmente tomó el significado de demencia formulada por Buknill y Tuke en 1879, los cuales hablaban de una fase inicial de confusión del pensamiento con alteración de la memoria, en la que el paciente era descuidado, decía cosas sin sentido y era incapaz de decir su nombre. Esta formulación del término referiría a una primera concepción de la demencia tal y como la comprendemos hoy día. Sin embargo Kraepelin acabaría adaptando su concepción a la '*démence stupide* de Morel, lo que supondría entender la *dementia praecox* como un trastorno de inicio en la adolescencia o primera juventud, que en la mayoría de los casos se asociaba a un deterioro cognitivo y personal temprano, que no estaba relacionado con ningún factor orgánico conocido.

Tiempo más tarde adaptaría su definición a lo que hoy llamamos esquizofrenia (Hare, 2003).

Cabe mencionar que la importancia de la ideación kraepeliniana no reside únicamente en la identificación de la enfermedad como un cuadro autónomo, sino también en la magnífica descripción de la clínica, y en el establecimiento de los subtipos; simple, paranoide, hebefrénica y catatónica (Jarne y Talarn, 2015).

En 1908 tuvo lugar una conferencia de la Asociación Psiquiátrica Germana. Durante aquel acontecimiento, Eugen Bleuler, quien tenía influencias psicoanalíticas, hizo una lectura del *Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe)*. Fue en aquel momento cuando Bleuler habló por primera vez de 'esquizofrenia'², definiéndola como un cuadro de alteraciones del pensamiento, del sentir y del relacionarse con el mundo externo. No obstante, Bleuler no introdujo el término 'esquizofrenia' hasta 1911 (Kaplan, 2008) y, con los años, descubriría que el problema primario de la esquizofrenia era la desconexión entre pensamientos, emociones y conductas (Snowden, 2009).

Tras este breve repaso podemos observar como Kraepelin y Bleuler tuvieron una concepción distinta sobre la esquizofrenia, aunque ninguno de ellos estaba

² También fue el primero en acuñar el término (Hare, 2003).

completamente en contra de lo que proponía el otro. Estas diferencias (tabla 1), según Snowden (2009), llevarían a Bleuler a redefinir el trastorno.

Tabla 1. Diferencias ideológicas entre Kraepelin y Bleuler

Kraepelin	Bleuler
<ul style="list-style-type: none"> - Creía que la enfermedad seguía un mismo curso en todos los pacientes. - Clasificó la enfermedad mental incluyendo; <i>dementia praecox</i>, catatonía, demencia paranoide y depresión maníaca³. - Tenía una visión puramente biológica (orgánica) de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Creía que cada paciente era único, con lo que se debía dedicar el tiempo suficiente a comprender su lenguaje. - Clasificación Bleuleriana; paranoide, catatónica, hebefrénica, forma simple (síntomas fundamentales), forma somática (paucisintomática). - Tenía un pensamiento más optimista. Entendía la esquizofrenia como una extensión de la personalidad normal, que con perseverancia podía ser entendida y llevar al <i>insight</i>, además de ser curada. - En 1924 introdujo un set de criterios llamado ‘<i>The four As</i>’ en el que englobaba los síntomas fundamentales –y exclusivos– de la esquizofrenia. Estos criterios son; trastornos de las asociaciones, trastornos afectivos, ambivalencia y autismo⁴. Tiempo más tarde añadió los síntomas “accesorios”; delirios, alucinaciones, perturbaciones de la memoria y trastorno del lenguaje. Los cuales eran más llamativos que los síntomas fundamentales. - La influencia freudiana y junguiana le llevó a concebir la existencia de una debilidad asociativa primaria que impedía una integración adecuada de los contenidos de la conciencia y conducía así a la desorganización de la psique. - Concibió la esquizofrenia como un único trastorno, y no como un grupo de enfermedades.

Fuente: diseño propio en base a (Kaplan, 2008) y (Novellas y Huertas 2010)

Según Snowden (2009) Bleuler no fue el único que puso en duda las ideas kraepelinianas. Para Karl Jaspers la teoría Kraepeliniana no servía de base para comprender la esquizofrenia. Por ello en 1913 habló de la ‘comprensibilidad’. Me-

³ Jarne y Talarn (2015) afirman que Kraepelin hizo esta clasificación en 1893, cuando vio características comunes entre los cuadros descritos por Morel (*démence stupide*), Kahlbaum (catatonía) y Hecker (hebefrenia). Novella y Huertas (2010) se refieren a ello como ‘procesos de deterioro’ y ven la *dementia praecox* más cercana a la hebefrenia de Hecker que a la *démence stupide* de Morel.

⁴ Estos síntomas fundamentales de la esquizofrenia fueron base de la concepción americana sobre la esquizofrenia durante más de 50 años (Snowden, 2009).

dante la introducción del método biográfico en la psiquiatría pretendió comprender el contexto, el desarrollo evolutivo y la historia clínica del enfermo, consiguiendo que el terapeuta entendiera los síntomas del paciente mediante una entrevista clínica empática. En este sentido ya no se pretendía explicar los síntomas –como se propuso Kraepelin–, sino; comprenderlos e ir un paso más allá.

Por su parte en 1939 Schneider – influenciado por Jaspers– diferenció la sintomatología esquizofrénica en dos tipos; los síntomas de primer rango, que definían un cuadro inevitablemente esquizofrénico y consistían en la pérdida de los límites del yo (Novella y Huertas, 2010), y los de segundo rango, que no estaban necesariamente ni únicamente vinculados a la esquizofrenia. Estos síntomas se exponen en la tabla 2, y fueron formulados en 1950 en su ‘Psicopatología clínica’. Schneider creyó que la mera observación era suficiente para establecer un diagnóstico.

Tabla 2. Síntomas en la esquizofrenia, según Schneider

Síntomas de primer rango	Síntomas de segundo rango
<ul style="list-style-type: none"> - Sonoridad del pensamiento - Oír voces que dialogan entre sí. - Vivencias de influencia corporal. - Robo del pensamiento. - Imposición del pensamiento. - Percepción delirante. - Voluntad, sentimientos e impulsos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Restantes errores sensoriales - Intuición delirante. - Perplejidad. - Distimias alegres y depresivas. - Empobrecimiento afectivo.

Fuente: Producción propia en base a Jarne y Talam (2015).

Todos los tratamientos que se habían llevado a cabo hasta la fecha eran de tipo psicológico, y la mayoría había consistido en el internamiento del enfermo en un asilo tras la propuesta de Pinel⁵. Durante un largo tiempo esta fue una propuesta interventiva muy aplaudida, aunque seguía habiendo la necesidad de ocultar los enfermos mentales, y la gran mayoría de asilos eran costosos. Con el tiempo, las irregularidades metodológicas y los tratos vejatorios fueron haciéndose públicos, y aunque el trato en los manicomios difería de uno a otro, y en algunos casos la institución ayudaba a la mejoría del paciente, lo que más comúnmente conseguían era deteriorarle más a través de prácticas crueles de moralidad dudosa (Hare, 2003).

Al principio de la década de los cincuenta aparecieron los antipsicóticos típicos, que a pesar de no influir en los síntomas negativos conseguían mejorar los positivos (algo que no se había conseguido hasta la fecha). Durante aquella época también surgieron las primeras intervenciones psicosociales, destinadas a mejorar el

⁵ Pinel propuso los asilos como método de tratamiento de la enfermedad mental al considerar que los trastornos tenían una base puramente ambiental. El internamiento en un asilo permitía que el paciente se alejara del ambiente dañino. Gracias a los internamientos se pudo observar a los pacientes y conocer mejor las enfermedades mentales (Hare, 2003).

disfuncionamiento social y promover la incorporación comunitaria (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2014). Al mismo tiempo, y entrando a la década de los sesenta, el concepto de 'locura' empezó a diluirse, y los manicomios, que habían conseguido mala reputación tras conocerse los tratos que en ellos se hacía, se transformaron en hospitales y psiquiátricos mentales (Hare, 2003).

En 1980 Tim Crow introdujo los síntomas negativos (tipo 1) donde encontramos la apatía o el aplanamiento afectivo, y los positivos (tipo 2), donde se sitúan las alucinaciones y las ideas delirantes. Años más tarde introdujo una tercera categoría; los síntomas cognitivos, donde se encuentran la desorganización cognitiva, la dificultad en el habla y los problemas atencionales.

Durante los años setenta y ochenta se desarrollaron una serie códigos nosológicos que, basados en el uso de criterios, daban explicación a la esquizofrenia. Su culminación son los actuales DSM-5 y CIE-10, criterios de los cuales explicaremos más adelante. También proliferó la investigación sobre la esquizofrenia, a la que se le empezó a dar gran importancia. Como dicen Jarne y Talam (2015) *“Nunca se había dedicado tanto tiempo, esfuerzo y dinero en la investigación de la esquizofrenia, lo que está permitiendo una mayor comprensión de la enfermedad”*. Con el tiempo se ha hecho una reclasificación del trastorno.

Por su parte Novellas y Huertas (2010) remarcan que la esquizofrenia continúa siendo una noción difícil de comprender, cuyos correlatos neurobiológicos distan de poder ser identificados de forma concluyente.

1.2. Etiopatogenia

Existen factores biológicos (genéticos y fisiológicos) y ambientales (familiares y sociales) que afectan al surgimiento de la esquizofrenia.

Según el Instituto Nacional de Psiquiatría (2014) citando a Sullivan (2003) el peso de la herencia genética en la aparición de la esquizofrenia es del 81% (la buena respuesta farmacológica demuestra la importante carga biológica), mientras que el peso ambiental se reduce a un 11%. Sin embargo, la etiología de la esquizofrenia es multifactorial, lo que nos lleva a comentar los distintos factores de vulnerabilidad interaccionados entre sí y asociados a la esquizofrenia.

1.2.1. Factores genéticos

Debido a los confusos resultados sobre la frecuencia del trastorno en gemelos monocigóticos⁶, la implicación de los factores genéticos en la esquizofrenia es controvertida. Se ha observado que el riesgo a padecerla se incrementa un 10% en los familiares biológicos de primer grado de individuos con esquizofrenia, y en un 50% si ambos progenitores la sufren.

Aunque aún no se han identificado los genes que están implicados en la esquizofrenia –la esquizofrenia sigue siendo un misterio en este ámbito–, sí se han observado anomalías cromosómicas en; 1q21-22, 1q32 43, 6p24, 8p21, 10p14, 13q32, 18p11 y 22q11-13 (Berrettini 2000, Brzustowicz 2000, Straub 1995, Blouin 1998 y Ekelund 2001 en Instituto Nacional de Psiquiatría, 2014), así como se ha identificado la relevancia de los genes; Disbindina (localizada en el cromosoma 6), la Neuroregulina 1 (localizada en el cromosoma 8), el DAAO (localizado en el cromosoma 12) y el gen G72 (localizado en el cromosoma 13). Pero lo más probable es que existan otros genes que estén implicados en la esquizofrenia y, que junto factores ambientales de riesgo, aumenten las probabilidades de desarrollarla (Hyman 2003 en Instituto Nacional de Psiquiatría, 2014).

1.2.2. Factores ambientales y familiares

Como ya hemos comentado, los individuos con familiares esquizofrénicos tienen una susceptibilidad genética a padecer dicho trastorno. No obstante, esta susceptibilidad no es suficiente para que desarrollen la enfermedad. De aquí la importancia de los factores ambientales, que en combinación con los genes de riesgo aumentan las probabilidades del sujeto a padecer dicha enfermedad.

Con el objeto de descubrir aquellos factores ambientales asociados a la vulnerabilidad de padecer esquizofrenia, en los últimos años se han hecho investigaciones que han revelado factores de susceptibilidad –que tienen un impacto en el neurodesarrollo del sujeto– tales como; la exposición materna prenatal a condiciones infecciosas y virales (p.ej. virus de la influenza, toxoplasmosis, herpes simple, etc.), a condiciones estresoras, de desnutrición o consumo de tabaco en la preñez, un IMC elevado antes del embarazo, una hemorragia previa o durante el parto, el peso inferior a 2,5kg o superior a 4kg del niño en su nacimiento, la hipoxia neonatal, o el hecho de haber nacido a principios de primavera o a finales de invierno. De hecho, y

⁶ En caso de que un gemelo monocigótico tenga esquizofrenia, el otro hermano tiene entre 60-84% más de probabilidades de padecer dicha enfermedad. Este hecho reafirma la importancia de los factores ambientales en su surgimiento (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2014).

según el Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente (2014) citando a Volpe (2001) *“es sabido que las complicaciones perinatales así como las alteraciones intrauterinas afectan a la organización neuronal”*. También se ha observado que los pacientes con esquizofrenia y con antecedentes de este tipo, tuvieron un inicio temprano del trastorno, síntomas negativos más intensos y, consecuentemente, un peor pronóstico.

Según Khashan (2008) otros factores de riesgo asociados a la esquizofrenia serían la juventud de la madre durante el embarazo, un núcleo familiar muy extenso, ser el primogénito de los hermanos, o una diferencia menor de cinco años entre hermanos. Por otra parte, como factores de protección destacarían la juventud del padre o una diferencia mayor de 10 años entre hermanos. Sin embargo no existe mucha solidez científica en estas observaciones, con lo que no debemos tomarlas en términos absolutistas.

En conclusión; los factores familiares, sociales y, en general ambientales, pueden alterar el curso de la enfermedad pero no hay evidencia de que la originen. Es decir; debe haber una alteración genética y biológica base.

1.2.3. Fisiopatología

La esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo, por lo que implica –en la mayoría de los casos– la existencia de alteraciones estructurales y neurofuncionales (Murray 1987; Weinberger 1995 en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2014), y estas disfunciones neuronales en estructuras corticales y subcorticales serían las que provocarían los síntomas negativos, positivos y cognitivos de la esquizofrenia.

Actualmente las investigaciones sobre el origen biológico de la esquizofrenia hablan de una alteración dopaminérgica. Esta hipótesis en su inicio postuló la existencia de una elevada actividad dopaminérgica cerebral en la vía mesolímbica (Carlsson 1963; Seeman 1976; Farde 1988 en el Instituto Nacional de Psiquiatría, 2014). Posteriormente se sugirió que el funcionamiento dopaminérgico cerebral era irregular, lo que causaría una disminución del tono cortical de la función dopaminérgica en la corteza prefrontal⁷.

A grandes rasgos la actividad hiperdopaminérgica se asociaría con la presencia de síntomas positivos, y la hipodopaminérgica con la presencia de síntomas negativos (Bannon 1983, Pycocck 1980 en Instituto Nacional de Psiquiatría, 2014).

⁷ Esta disminución en la corteza prefrontal estaría relacionado con una relativa hiperactividad en las estructuras subcorticales. Donde hay mayor presencia de dopamina límbica que estriatal (Davis 1991 en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2014)

Por su parte Goldman (1994) y Nestler (1997), citados en el artículo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2014), afirman que la corteza prefrontal y la corteza del cíngulo están implicadas en el empeoramiento de los síntomas negativos y cognitivos –principalmente– y en menor medida, en los síntomas positivos. Además el mal funcionamiento de los receptores D1 en la corteza prefrontal explicaría la disfunción en el control de la memoria de trabajo.

La hipótesis serotoninérgica también está tomando gran importancia en la explicación de la esquizofrenia. En 1954 Wooley y Shaw observaron que drogas alucinógenas de composición semejante al 5HT, como el LSD, provocaban efectos psicóticos. De ello se sugirió que la esquizofrenia podía ser el resultado de una disfunción serotoninérgica en el sistema nervioso central. No obstante estos resultados no se han contrastado posteriormente. Además se ha observado que los sujetos con esquizofrenia tienen concentraciones plasmáticas de triptófano reducidas. Por ello Pollin, Cardin y Kety (1961) administraron a los sujetos dosis orales de triptófano (que por sí solas no tenían utilidad) con un inhibidor de la enzima MAO, que debían evitar la inactividad cerebral de la 5HT. Sin embargo lo que se observó fue el empeoramiento de algunos de los síntomas de la esquizofrenia, lo que llevó a postular que la esquizofrenia no se debía a la disminución del funcionamiento de la 5HT en el sistema nervioso central, sino en el aumento. Actualmente se piensa que los individuos con esquizofrenia tienen una elevada concentración de receptores 5HT1 en la corteza prefrontal y temporal, a la vez que se cree que hay una alta concentración de catabolitos en el líquido cefalorraquídeo, lo que sería corroborado por la efectividad de la clozapina en sintomatología positiva y negativa. Sin embargo, también se observa una disminución del receptor 5HT2 en la corteza prefrontal (Kahn 1995 en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2014). En general, se ha descrito un descenso de la actividad de la MAO en la esquizofrenia, lo que conllevaría la hiperfunción de Dopamina, Noradrenalina y Serotonina (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2014).

A su vez, los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) excitan el glutamato, que también guarda relación con la conducta esquizofrénica, y por lo tanto con los síntomas negativos (Sawa y Zinder, 2003).

Hay cinco circuitos neuronales alterados en la esquizofrenia; el motor, el oculomotor, el prefrontal dorsolateral (media la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas), el orbitofrontal lateral (media las respuestas conductuales apropiadas para el contexto) y el cíngulo (media la motivación). Las alteraciones en la función ejecutiva, la apatía y la desinhibición evidencian la involucración de dichos circuitos en

la esquizofrenia (Weinberger, 1995 y Goldman, 1994 en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2014).

Aunque por el momento no podemos esclarecer cuales son los genes implicados en la esquizofrenia, sí que podemos asegurar que las hipótesis dopaminérgica y serotoninérgica han sido una de las mayores aportaciones sobre la fisiología de dicho trastorno.

1.3. Clínica

1.3.1. Epidemiología

Según el *International Pilot Project for Schizophrenia* de la OMS, así como el *Epidemiologic Catchment Area Program* patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental, recogidos en el artículo del Instituto Nacional de Psicología Ramón de la Fuente (2014) se observan los siguientes datos epidemiológicos sobre la esquizofrenia:

- *Prevalencia e incidencia.* La prevalencia se sitúa entre un 0,5 y un 1% de la población mundial general sin diferencias por sexos. La incidencia es relativamente baja y estable entre los distintos estados (entre 20 y 40 nuevos casos por cada 100,000 habitantes), aunque no todos los afectados son diagnosticados.
- *Edad y sexo.* La edad de inicio se sitúa entre la adolescencia-juventud, con el grupo de mayor riesgo de entre los 15 a los 35 años, siendo los casos masculinos más tempranos (entre los 15 y 25 años) y los femeninos más tardíos (a partir de los 20 años). Son poco frecuentes las esquizofrenias de inicio tardío (después de los 60 años). Jarne y Talam (2015) priman más en la acotación de su expresión (hablan de una aparición usual de entre los 16 a 40 años, caso tardío a partir de los 45, y su máxima expresión entre los 18 y 25 años). También destacan un peor pronóstico en hombres con inicio temprano, y asocian los nacimientos a finales de invierno e inicios de primavera con una mayor vulnerabilidad.
- *Estatus marital.* Más del 80% permanecen solteros y sin pareja habitual. Probablemente por las dificultades de adaptación social, sexual y cognitivas propias del trastorno (Jarne y Talam, 2015).
- *Distribución geográfica.* A pesar de que la distribución geográfica es equitativa en todo el mundo, existen zonas con una incidencia muy elevada, que algunos investigadores han relacionado con causas infecciosas y estresoras.

- *Consideraciones socioculturales y socioeconómicas.* No se han observado diferencias significativas entre culturas, grupos socioeconómicos ni etnias. Aunque sí que se ha visto su influencia en el curso de la enfermedad.
- *Comorbilidad y abuso de sustancias.* Más del 80% de estos pacientes tienen enfermedades médicas concurrentes. Una alta proporción presenta trastornos asociados con el consumo de sustancias comórbidos.
- *Mortalidad.* Los afectados de esquizofrenia presentan unas tasas mayores de mortalidad que la población general. Estas tasas están asociadas a accidentes, causas naturales y suicidio (más del 50% de dichos pacientes cometen tentativas autolíticas, y entre un 10 y un 15% consume el acto en un periodo de entre 20 años).

Los trastornos mentales se están convirtiendo en un problema de salud pública cada vez más grave, representando un elevado costo económico y social, directo e indirecto para el enfermo, la familia y la sociedad en general.

1.3.2. Formas de inicio

Según Jarne y Talarn (2015) debemos distinguir entre el inicio y la manifestación de la esquizofrenia, ya que existe una confusión global en la aplicación de ambos términos. El inicio hace referencia a las conductas “inusuales” (llamadas pródromos), mientras que la manifestación refiere al primer diagnóstico.

Como bien indican los mismos autores, la esquizofrenia puede tener distintos tipos de inicio. Entre ellos encontramos el inicio ‘insidioso’, el ‘agudo’ y el ‘atípico’.

El inicio ‘insidioso’ es aquel que sigue un curso gradual, manifestándose primeramente y, durante un largo tiempo, los pródromos esquizofrénicos (ver tabla 3)⁸, hasta que se detecta la enfermedad por la presencia de los síntomas positivos. El inicio ‘agudo’ se da cuando hay una eclosión de los síntomas positivos en un intervalo de tiempo relativamente corto (desde semanas a unos pocos meses), y los pródromos han pasado desapercibidos por ser menos intensos. Finalmente el inicio ‘atípico’ se identifica con aquel paciente que padece síntomas propios de un trastorno distinto al de la esquizofrenia, pero que su curso evoluciona hacia la esquizofrenia (p.ej. las formas obsesivoides, psicopáticas e hipocondríacas).

⁸ Los pródromos los vamos a explicar en el siguiente apartado de síntomas.

1.3.3. Síntomas

Cuando hablamos de los síntomas en la enfermedad mental nos referimos a conductas o percepciones anómalas.

En el caso de la esquizofrenia podemos distinguir entre los síntomas positivos, los negativos y los cognitivos. Sin embargo, también debemos hablar de los pródromos; aquellos síntomas previos al desarrollo de la enfermedad que suelen hacer referencia a la psicosis atenuada.

Tabla 3. Pródromos en la esquizofrenia

Pródromos en la esquizofrenia
<ul style="list-style-type: none">▪ Tendencia al aislamiento y comportamiento poco habitual.▪ Descenso del rendimiento en los estudios y el trabajo.▪ Lenguaje empobrecido y frases mal construidas.▪ Risas injustificadas relacionadas con el pensamiento oculto.▪ Alteraciones sensorio-perceptivas. Preocupación por antecedentes familiares similares.▪ Falta de iniciativa y energía.▪ Descuido de la higiene y el aspecto personal.▪ Cambios en la personalidad y los hábitos alimenticios.▪ Manifestaciones de inquietud y ansiedad con insomnio no explicable.▪ Experimenta acontecimientos insólitos e ideas extravagantes.

Fuente: Elaboración propia en base a Costa (1994) en Jarne y Talarn (2015)

La sintomatología propia de la esquizofrenia ha sido controvertida. Ya desde Kraepelin se intentó identificarla, del mismo modo que lo intentaron sus contemporáneos y quienes les precedieron. En la actualidad, los profesionales nos emparamos en el DSM-5 y en el CIE-10. Sin embargo, todos los pacientes tienen su propia evolución clínica, lo que nos permite observar diferencias sintomatológicas y clínicas entre ellos.

A grandes rasgos, los síntomas esquizofrénicos se pueden clasificar en; pensamiento (en contenido y/o forma), lenguaje y comunicación, percepción, afectividad, motricidad, cognición, motivación y voluntad y funciones de la integración yoica (Jarne y Talarn, 2015).

- *Síntomas esquizofrénicos sobre el pensamiento.* Refieren a la estructura del sistema ideativo-comunicativo del paciente. Esto provoca que el sujeto tenga un pensamiento disgregado (no hay coherencia estructural) y bloqueos del pensamiento (sienten que no tienen pensamientos). Así como ideas delirantes (tienen cierta lógica interna) o delirios (no tienen lógica interna).
- *Síntomas esquizofrénicos sobre el lenguaje y la comunicación.* Lenguaje desorganizado y creación de neologismos sin sentido (solo tienen sentido

para él) para explicar sus vivencias. El empobrecimiento del lenguaje se relaciona con sus deficiencias cognitivas.

- *Síntomas esquizofrénicos sobre la percepción.* Los pacientes esquizofrénicos suelen tener hiperestesia (bajo umbral de sensaciones que implica una alta sensibilidad a cualquier estímulo) o más comúnmente hipoestesia (baja sensación a los estímulos por un alto umbral de sensación). Aquí aparecen las alucinaciones, que pueden darse en estado de lucidez o no, e ideas delirantes, que interpretan las alucinaciones.
- *Síntomas esquizofrénicos sobre la afectividad.* La incapacidad para adaptarse a los brotes psicóticos suele causar ansiedad al paciente. Muchas veces esta ansiedad se traduce en conductas heteroagresivas y autoagresivas.
- *Síntomas esquizofrénicos sobre la cognición.* Estos síntomas se relacionan con la alteración en los procesos cognitivos y del procesamiento de la información. Esto supone deficiencias en la atención, la memoria y la comprensión. Estos síntomas pueden ser presentes, aún, después del episodio agudo, y son perceptibles por el enfermo.
- *Síntomas esquizofrénicos sobre la motivación y la voluntad.* Impresión subjetiva de incapacidad para afrontar las actividades (apatía y abulia).
- *Síntomas esquizofrénicos sobre funciones de la integración yoica.* Sensaciones de despersonalización y desrealización asociadas a la ideación delirante. Estas sensaciones son más comunes en las primeras etapas.

Basándonos en el DSM-5, podemos observar 5 síntomas propios de la esquizofrenia y otros trastornos relacionados:

- *Delirios.* Son creencias fijas no susceptibles al cambio a pesar de tener pruebas en contra de su veracidad. Existen distintos tipos de delirios; los persecutorios, los referenciales, los de grandeza, los erotomaníacos, los nihilistas, los somáticos, los de control, y los de robo o la inserción del pensamiento. Todos ellos pueden ser de contenido extravagante (cuando son inverosímiles) o no extravagante (cuando no son inverosímiles).
- *Alucinaciones.* Son percepciones vividas y claras que tienen lugar en ausencia de un estímulo externo desencadenante, y no están sujetas al control voluntario. En el caso de la esquizofrenia, las más comunes son las auditivas (p. ej. experimentación de voces externas al propio pensamiento), aunque también pueden ser olfativas, gustativas, táctiles o visuales.

- *Pensamiento desorganizado.* El pensamiento desorganizado suele observarse por un discurso desordenado y tangente. La gravedad de la desorganización del pensamiento es menor durante un episodio residual o prodrómico, y pocas veces se hace incomprensible.
- *Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo.* Este comportamiento se puede manifestar de distintas formas como; comportamientos infantiloides, agitación impredecible, dificultades para llevar a cabo acciones dirigidas a un objetivo, comportamiento catatónico y negativista, mutismo y estupor y/o estereotipias.
- *Síntomas negativos.* Son los responsables de la mayoría de morbilidad asociada a la esquizofrenia. Los más frecuentes son la expresión emotiva disminuida y la abulia, aunque existen otros síntomas como la alogia, la anhedonia y la asocialidad, lo que no favorece a su inserción social.

1.4. Diagnóstico

1.4.1. Criterios diagnósticos DSM-5 y CIE-10

La investigación longitudinal a cerca del curso de la esquizofrenia ha hecho necesaria la edición de un nuevo sistema diagnóstico más centrado en la evolución de la enfermedad y sus estadios. De aquí la importancia del surgimiento del DSM y el CIE (Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013), cuyos criterios –por lo que hace a la esquizofrenia– se observan en las tablas X y X del Anexo I.

1.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

La esquizofrenia guarda cierta similitud con otros trastornos de su misma índole. Es por ello que muchas veces resulta complejo establecer un diagnóstico correcto. Este hecho puede llevar a la confusión del psicólogo en el momento de diagnosticar al paciente, adjudicándole un trastorno que no le pertenece o bien a diagnosticándole antes de lo conveniente. Es por este motivo que nos resulta significativo introducir un apartado en el que se traten otros trastornos semejantes, que comparten sintomatología pero que difieren en algunos aspectos como el criterio temporal o la sintomatología afectiva. Es evidente que no los vamos a tratar todos, pero sí aquellos que nos parecen más significativos:

- *Trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar con características psicóticas o catatónicas.* Ambos trastornos se diferencian de la esquizofrenia por la gravedad de sus síntomas anímicos, así como por relación temporal existente entre la alteración anímica y la psicosis. Si los delirios y alucinaciones se

manifiestan únicamente durante un episodio depresivo mayor o maníaco, el diagnóstico es de trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas (DSM-5, 2013).

- *Trastorno esquizoafectivo.* Para hacer un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo es requisito que haya habido un episodio depresivo mayor o maníaco concurrente con los síntomas de la fase activa y, que los síntomas del estado de ánimo estén presentes durante la mayor parte de la duración total de los periodos activos (DSM-5, 2013).
- *Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve.* Ambos trastornos tienen una duración menor que la esquizofrenia, la cual exige un mínimo de seis meses de presencia de síntomas. En el trastorno esquizofreniforme la duración sintomática es menor a seis meses, mientras que en el trastorno psicótico breve, los síntomas están presentes durante al menos un día pero menos de un mes (DSM-5, 2013).
- *Trastorno delirante.* El trastorno delirante se puede distinguir de la esquizofrenia por la ausencia de alucinaciones (DSM-5, 2013).

Como la mayoría de los individuos con trastornos mentales, el esquizofrénico puede padecer simultáneamente múltiples patologías. Comúnmente estos pacientes consumen tóxicos, con lo que el trastorno por consumo de sustancias es de frecuente comorbilidad. Asimismo son usuales los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno del pánico, el trastorno de la personalidad esquizotípica y el trastorno paranoide de la personalidad (DSM-5, 2013).

1.5. Evolución, pronóstico y tratamiento

Ruiz-Iriondo, Salaberia y Echeburúa (2013) hablan de la existencia de un periodo crítico después de la manifestación de la afección. Este periodo abarca los tres años posteriores al primer brote, y determinará el futuro equilibrio entre enfermedad y bienestar. Generalmente el momento de mayor discapacidad durante el curso de la esquizofrenia coincide con los primeros años de su manifestación, por lo que el nivel de recuperación que tendrá en un futuro el paciente se puede predecir con el nivel de bienestar o malestar en los dos primeros años de tratamiento. Es por ello, y para conseguir el mayor bienestar, que la intervención deberá dirigirse a tratar los síntomas positivos, negativos, cognitivos y la disfunción social.

1.5.1. Curso y pronóstico

La evolución de la esquizofrenia no sigue un curso único, sino que es un proceso particular a cada paciente que guarda cierta relación con la forma de inicio.

Según Jarne y Talam (2015) las formas de inicio agudo evolucionan variadamente. Existe un subgrupo de enfermos que padecen un único episodio a lo largo de su vida y se recuperan por completo. Otro subgrupo padece un único brote pero mantiene síntomas residuales negativos. Otros –el grupo más frecuente– sufren varios episodios con periodos interbrotes a lo largo de su vida, y durante dichos periodos están prácticamente libres de síntomas positivos pero hay sintomatología negativa residual. Estos últimos pacientes tienen un curso crónico y sufren recaídas constantes a lo largo de su vida, las cuales suelen deberse al abandono de la medicación antipsicótica, estar sometido a situaciones estresantes, el consumo de sustancias y a un estilo familiar comunicativa y afectivamente inadecuado, lo que sugiere un mal pronóstico.

Por otra parte, los casos insidiosos suelen evolucionar hacia una esquizofrenia residual cronificada, en la que se evidencia un grado de alteración variable en el área cognitiva y social. Normalmente estos pacientes acaban en una institución psiquiátrica o al cuidado de un familiar, ya que suelen tener un peor pronóstico que los casos agudos.

Todas las enfermedades, médicas o psicológicas, de curso largo, crónico, o breve tienen un pronóstico asociado a su sintomatología y a la evolución de la misma. Centrándonos en los pacientes esquizofrénicos hablaremos de buen pronóstico cuando haya una remisión total de los síntomas, y el paciente se recupere por completo volviendo a su vida anterior. Sin embargo también existe la recuperación con defecto, en la que el paciente tiene una remisión parcial de los síntomas, de tal modo que solo quedan manifestaciones residuales negativas. En estos casos el nivel de adaptación al ambiente será variable. Por último podemos identificar los pacientes de mal pronóstico, los cuales tienen un deterioro significativo y relativamente permanente. Este tipo de deterioro recuerda –en cierto modo– al que sufren los pacientes dementes, en los que el enfermo es incapaz de cuidar de sí mismo y en la mayoría de los casos se debe institucionalizar al enfermo.

1.5.2. Tratamiento

Los primeros tratamientos psicosociales tuvieron lugar en Inglaterra y Estados Unidos en los años cincuenta, simultáneamente a la aparición del tratamiento farmacológico (Malm 1900 y Wykes 1998 en Instituto Nacional de Psiquiatría, 2014). El surgimiento de los neurolépticos supuso un importante avance en el tratamiento

de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, ya que ayudó a reducir los síntomas positivos que hasta el momento no se habían podido reducir psicoterápicamente.

En un primer momento aparecieron los antipsicóticos típicos –también llamados de primera generación– que actúan sobre los receptores dopaminérgicos D2 bloqueándolos a nivel mesolímbico, mesocortical, nigroestriado y tuberoinfundibular. También son antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos, y actúan sobre receptores de otros neurotransmisores (MvEvoy 2009 en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2014). Los antipsicóticos atípicos o de segunda generación aparecieron tiempo más tarde, y se caracterizan por actuar sobre los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos, aunque también actúan sobre otros sistemas de neurotransmisión. En general los antipsicóticos intervienen en la dopamina y las vías dopaminérgicas nigroestriada, mesolímbica, mesocortical (relacionada con los síntomas negativos y cognitivos) y tuberoinfundibular, lo que explicaría el ‘no control’ de movimientos motores, las experiencias alucinatorias y los delirios (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2014).

Para encontrar un tratamiento eficaz para el paciente es necesario identificar la fase de la enfermedad, las características del paciente y el apoyo familiar. Aunque no se debe restar importancia al establecimiento de una alianza terapéutica eficaz entre paciente-terapeuta, lo que facilitará la adherencia al tratamiento (Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echaburúa, 2013). Sin embargo se debe tener en cuenta que por ahora –al no existir una “curación” para el trastorno– el objetivo del tratamiento reside en controlar los síntomas y disminuir la discapacidad que produce. Para ello es conveniente hacer un tratamiento orientado en la psicoeducación del paciente y entorno, así como dotar al paciente de habilidades sociales (terapia psicosocial) para que pueda reincidir en la comunidad (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2014). En algunos casos puede ser necesaria la terapia grupal –cuando esté residual–, aunque no es el modo de intervención recomendado en este tipo de paciente (Silvestre, Ingelmo y García-Ordás, 2013).

En conclusión; el tratamiento de la esquizofrenia debe ser multidisciplinar en razón a conseguir la rehabilitación del paciente procurándole una calidad de vida cada vez mayor. Se debe hacer terapia psicosocial en razón a recuperar la funcionalidad familiar, social y laboral, a la par que se mejoren los síntomas negativos y cognitivos. Mientras que el tratamiento farmacológico pretenderá tratar los síntomas positivos.

2. Arte; mecanismos biológicos de la expresión artística

Desde hace tiempo la cultura occidental ha relacionado el arte con la creatividad. No obstante, si nos fijamos en la historia del arte observaremos que ambos conceptos no están intrínsecamente ligados.

Desde la antigua Grecia, en la edad media, e incluso hoy en culturas como la asiática, el artista no era un individuo creativo, sino un artesano que seguía unos cánones establecidos y unas normas rígidas propias de su ejercicio. En este sentido no existía lugar para la espontaneidad ni la imaginación. Sin embargo, a partir del siglo XVII los artistas buscaron una nueva forma para expresarse en la sociedad. De tal modo que en el occidente de los siglos XIX y XX el artista tomó un nuevo rol, una nueva forma de concebir el arte y la realidad de forma transgresora e innovadora. En ese momento aparecieron los movimientos vanguardistas (Instituto Tomás Pascual Sanz, 2011) con artistas como Eduard Manet, Pierre Auguste Renoir, Claude Monet, Paul Cézanne, Paul Signac, Paul Gauguin, Vincent van Gogh, Henri Matisse, Pablo Picasso, Marcel Duchamp, o Salvador Dalí, que utilizaron el color como un lenguaje simbólico y abstracto para expresar su entender (Dahlia, 2014).

Tras la aparición de este arte vanguardista surgió la Neuroestética⁹, que sería “el estudio de las bases neurobiológicas de los procesos cognitivos y afectivos que nos permiten a los seres humanos disfrutar de las experiencias estéticas, y también implicaría el estudio de la evolución de estos procesos” (Instituto Tomás Pascual Sanz, 2011).

2.1. Neuroestética

El estudio sobre la relación entre arte y ciencia empezó alrededor de la década de los ochenta, cuando el científico Semir Zeki decidió estudiar la actividad cerebral originada cuando contemplamos o percibimos aquello que subjetivamente consideramos bello. A este proyecto se unió Vilayanur Ramachandran, con el objeto de encontrar una teoría biológica sobre la estética.

Según Britto Leite (2011) “La neuroestética es una investigación biológica sobre la relación entre función cerebral y arte, tanto en términos de creación como de su fruición”, con lo que entendemos que es la aplicación artística de la neurociencia, estudios de la cual investigan no solo la anatomía cerebral, sino también las

⁹ Estudio que nace de la Neurociencia; la ciencia que estudia el sistema nervioso y las áreas cerebrales en orden a entender los pensamientos y percepciones, las emociones y el comportamiento del hombre (Society for Neuroscience 2006 en Nandía, Pati y McCurry, 2009), y de la estética; estudio de connotaciones filosóficas que busca la relación entre la natura y la belleza, el arte y la creación (Nandía, Pati y McCurry, 2009).

interacciones neuronales que se producen en los seres humanos al experimentar el mundo (en el caso de la neuroestética, el arte) (Britto Leite, 2011). Por ello que la neuroestética, al igual que la psicología, estudie la empatía¹⁰.

Neurocientíficos y ‘neuroestéticos’ han determinado que la evolución humana ha constituido una determinada estructuración cerebral. Así como nos ha llevado a expresar nuestros sentimientos de una forma concreta. Sin embargo la determinación de aquello que vemos bello no depende únicamente de componentes biológicos, sino también de aprendizajes culturales¹¹, lo que determinaría que no existe un sentimiento homogéneo de lo bello. No obstante, se ha observado que el sentido de la proporción y la simetría son equilibrados en cualquier cultura, así que en cierto modo hay un ‘estándar’ de belleza semejante entre culturas.

2.2. Creatividad

Aunque consideremos que la capacidad artística no va intrínsecamente ligada con la creatividad, es necesario comprender el significado y las influencias que ha tenido su noción en la neuroestética, ya que muchos estudios se han centrado en comprender este proceso y determinar las áreas cerebrales que se activan en él. Por ello tomamos la definición de Rodríguez (2011, p. 46), quien entiende la creatividad como “la capacidad que poseen las personas para producir ideas originales y, a partir de estas, originar materiales nuevos [...]”, a lo que podríamos añadir, citando a Corbalán-Berná en Rodríguez (2011 p. 47), que “la creatividad es entendida como la capacidad de utilizar conocimientos e informaciones de forma novedosa, y de hallar soluciones divergentes a los problemas” actuales o futuros.

La creatividad no ha sido estudiada únicamente por los neurocientíficos. Tanto filósofos, como sociólogos, como psicólogos y pedagogos han asociado la creatividad a: un ‘don divino’, un producto, un rasgo de la personalidad, y a un proceso generador de un producto transgresor envuelto en cuatro etapas¹²; la preparación, la incubación, la inspiración y la producción de la inventiva a través de la asociación e integración de las necesidades y finalmente, la elaboración del producto y la comunicación de la creación (Bogousslavsky en Rodríguez, 2011).

Otro de los hechos que vamos a tratar, es la idea de asociar la creatividad con las altas capacidades intelectuales (el talento y la superdotación), las cuales, en su defecto, también han sido asociadas a la producción artística. De ello que a len-

¹⁰ La empatía se relaciona con las emociones, las cuales van muy relacionadas con el proceso artístico. Nuestro cerebro es un simulador de emociones (Britto Leite, 2011).

¹¹ Aunque en mayor parte son los sentidos quienes nos hacen tener preferencias estéticas, existe una influencia cultural –cada vez más homogeneizada por la globalización– que toma parte en dicha percepción estética (Britto Leite, 2011).

guaje corriente se suele hablar del 'genio loco', un individuo con un índice de creatividad superior a la media que destaca por unos comportamientos, ideas y creaciones que resaltan por ser poco o nada corrientes. Sin embargo, Kalbfleisch (2004) en Rodríguez (2011) manifiesta que no es necesario tener un Coeficiente Intelectual elevado para ser creativo, aunque reconoce que el individuo superdotado suele tener más desarrollada la dimensión figurativa de la creatividad y, el talentoso, suele tener mayor creatividad verbal.

También es extendida la creencia de que los pacientes psiquiátricos tienen un alto potencial creativo. Sin embargo, es evidente que la creatividad exige un mínimo de organización y coherencia mental (Bogousslavsky, 2005 en Rodríguez, 2011).

Por lo que hace a los estudios se ha observado que la creatividad se ve favorecida por la desinhibición cerebral (relacionada con la dopamina). De ello que Dietrich (2004) en Rodríguez (2011) aludiendo a resultados de distintos estudios manifieste que el descanso, la relajación, la meditación y los sueños sean fuente de ideas creativas (p.ej., artistas surrealistas como Dalí generaban sus obras en respuesta a sus sueños). Por otro lado, Guilford determinó –estudiando el proceso creativo en el arte– que aptitudes como la originalidad, la redefinición, la flexibilidad adaptativa, la flexibilidad espontánea, la fluidez asociativa, la fluidez de expresión, la fluidez de palabra, la fluidez ideacional y la elaboración, van muy ligadas con el proceso creador que solo puede darse en un contexto abierto, flexible y libre que permita generar una idea o acción nueva y 'útil' (Díaz, 2004).

Rodríguez (2011) citando a Batey y Furnham (2006) resalta que en la creatividad están implicados procesos como; el procesamiento de la información compleja, la percepción y la imaginación, aunque no niega que la creación y la expresión artística varía según el estado emocional del individuo que, a su vez, varía debido a la capacidad plástica de nuestra constitución cerebral.

2.3. Anatomía

El cerebro es un tejido enormemente completo y complejo que sirve como receptor de información exterior y, a través del tálamo, manda respuestas por medio de ideas que generan movimientos. Cada cerebro es único –aunque todos disponen de unas características comunes– por lo que el funcionamiento del mismo será particular en cada caso. De ello que los individuos percibamos y codifiquemos la información de un modo singular, relacionándolo con nuestro conocimiento previo (memoria) y generando respuestas estimulares a través del sistema nervioso (Carreño, 2014).

La neuroestética, precisamente, considera que el cerebro humano es capaz de identificar lo bello y lo feo en una obra (o cualquier otro elemento) que nos genera una reacción sensitiva de forma individual –y no colectiva– aunque dicha percepción y reacción esté influenciada por factores biológicos (propios de nuestra particular estructura y química cerebral) y culturales (propios de unas ideas socialmente determinadas). Debido a esta ‘subjetividad estética’ resulta difícil encontrar una relación entre arte y cerebro, con lo que nos hemos centrado en investigaciones sobre enfermedades mentales y alteraciones cerebrales, y su relación con pacientes con talento artístico, identificando así el funcionamiento anatómico en cerebros dañados, e hipotizando los neurotransmisores y áreas cerebrales relacionadas con el proceso artístico y la creatividad, la cual va muy relacionada con la creación artística, aunque no tiene porque asociarse con lo bello o antiestético (Zaidel, 2015b en Dahlia, 2014).

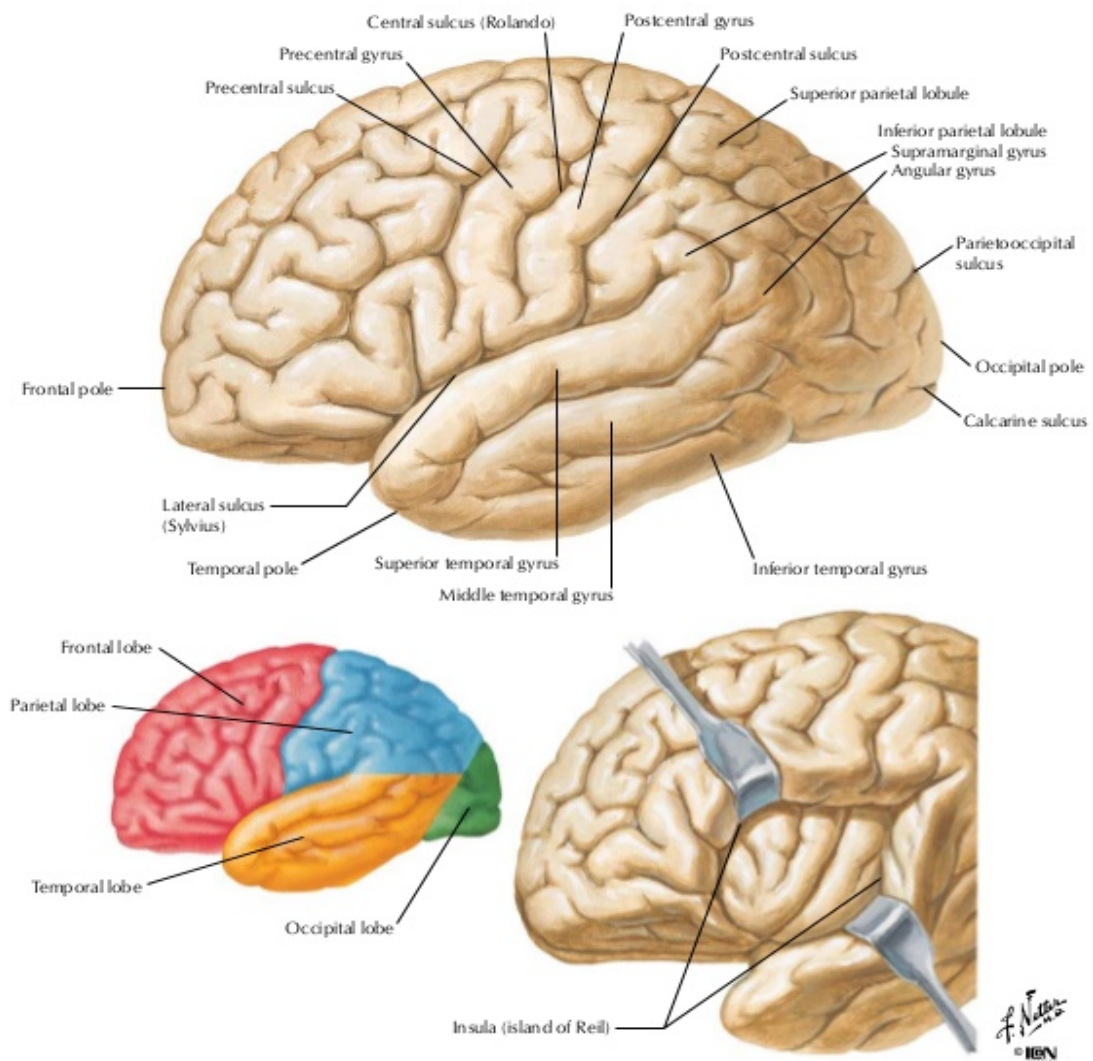
Para empezar a hablar de la anatomía del arte es imprescindible comprender que los procesos de percepción y juicio de lo bello y lo feo son distintos y activan distintas áreas cerebrales, con lo que no nos sirve hablar de la dualidad hemisférica; la cual hipotizaba que el hemisferio cerebral derecho era el que estaba implicado en proceso creativo –en su totalidad– mientras que el hemisferio izquierdo estaba implicado en el proceso lógico y analítico. Actualmente debemos hablar de predominancia, ya que aunque cada hemisferio tiene unas funciones más ‘desarrolladas’ para llevar a cabo según qué actividades, es necesaria la activación de ambas partes, las cuales se influyen mutuamente sin excluirse (Zaidel, 2015b en Dahlia, 2014). Lo que Britto Leite (2011, p.5) ejemplifica; “El cerebro está dividido en distintas áreas funcionales (visión, audición, tacto, etc.), ninguna de ellas actúa aisladamente, sino como redes muy relacionadas gracias a la interacción del mundo interior con el exterior y viceversa”. No obstante, sabiendo que ambos hemisferios están interrelacionados y que en cierto modo se dan las mismas funciones, es notorio que se dan en distinta intensidad, por lo que el hemisferio derecho sigue siendo el de predominancia artística. De tal modo que los artistas utilizan mayoritariamente el hemisferio derecho, y los sujetos con alta creatividad tienen una activación bilateral mayor que los que tienen poca creatividad (Flaherty, 2011).

Para comprender mejor este apartado es interesante tener una idea global sobre la estructura anatómica cerebral. De ello que hagamos una leve introducción:

El cerebro está constituido por dos hemisferios laterales unidos por una comisura (el cuerpo caloso) y, esta ‘dividido’ en tres partes; la cara externa (figuras 1, 2 y 3), la cara interna (figura 4) y la cara interior (figura 5).

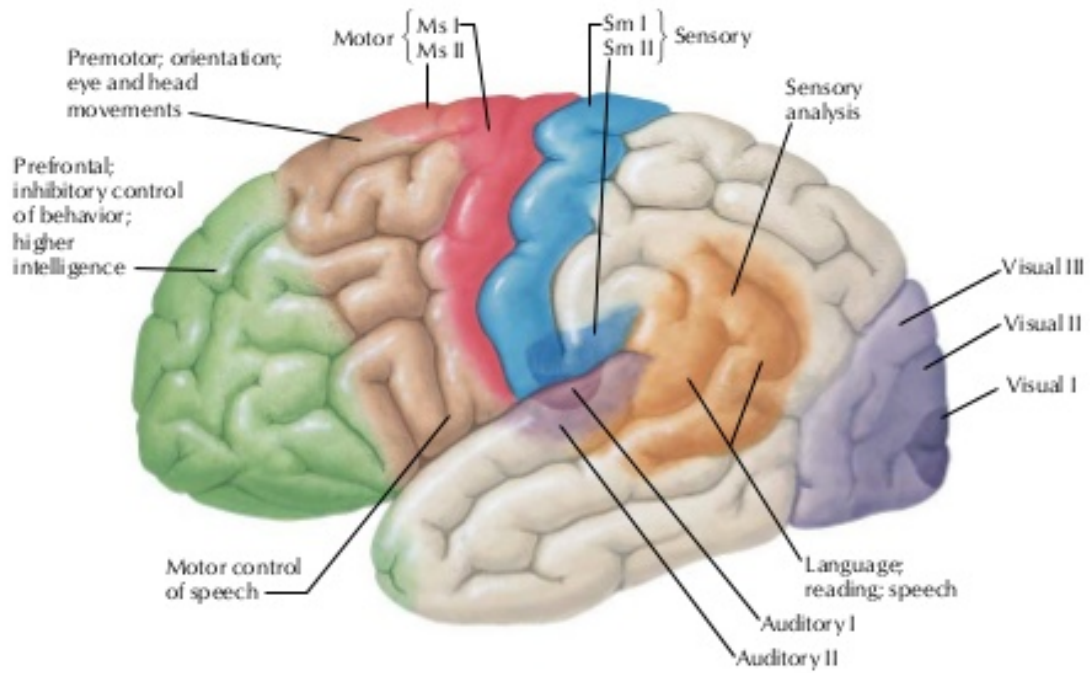
En la cara externa encontramos el lóbulo frontal, el lóbulo parietal, el lóbulo temporal y el lóbulo occipital, que están divididos por cisuras y surcos y, estos a su vez, están divididos por circunvoluciones (figuras 1, 2 y 3). En la cara interna encontramos las cisuras callosomarginal, la calcarina y la perpendicular interna, las cuales se subdividen en la circunvolución frontal interna, el cíngulo y distintos lóbulos que aparecen en la figura 4, donde En también podemos distinguir otras áreas anatómicas visibles en la cara interna del cerebro. Por último en la figura 5 distinguimos el lóbulo orbitario y el temporo-occipital, los cuales están divididos por la cisura de Silvio. En el lóbulo orbitario residen el surco interno (olfatorio), el externo y el surco en H, mientras que en el lóbulo temporo-occipital encontramos los surcos temporo-occipitales superior e inferior (Carreño, 2014).

Figura 1. Accidentes anatómicos de la cara externa del cerebro (I)



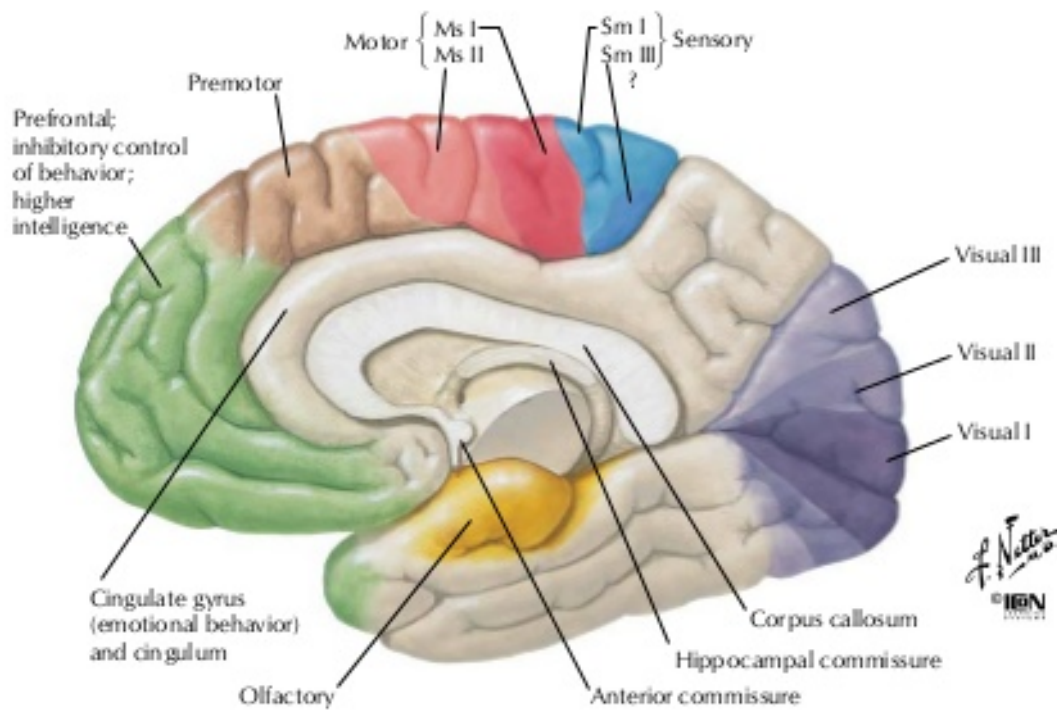
Fuente: Netter et al. (2002)

Figura 2. Accidentes anatómicos de la cara externa del cerebro (II)



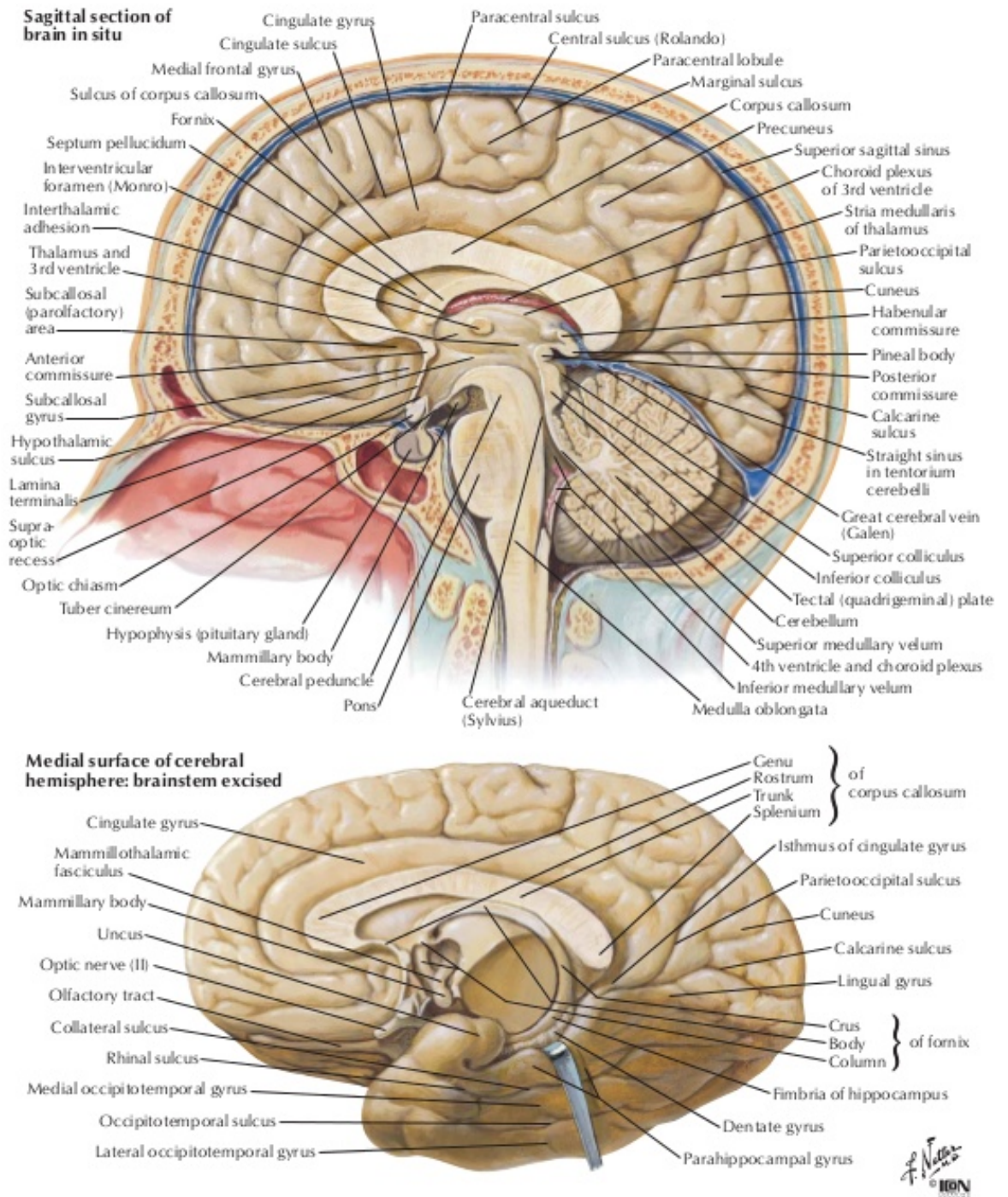
Fuente: Netter et al. (2002)

Figura 3. Accidentes anatómicos de la cara externa del cerebro (III)



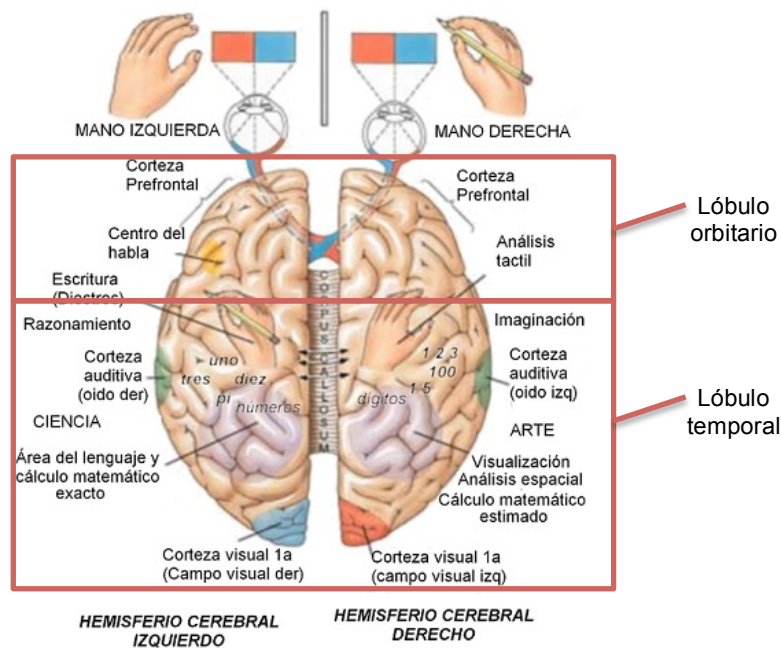
Fuente: Netter et al. (2002)

Figura 4. Cara interna del cerebro humano



Fuente: Netter et al. (2002)

Figura 5. Diferencias hemisféricas.
Cara interior del cerebro humano



Fuente: <http://www.armonizaciones.com.ar/index.php?pagina=grafoterapia>

Habiendo hecho las apreciaciones pertinentes –las cuales nos facilitarán la comprensión de dicho apartado– podemos empezar a desarrollar la funcionalidad de las distintas áreas cerebrales en el proceso artístico.

Según Nandia, Pati y McCurry (2009) citando a Kanwisher, McDermott y Chun (1997), en 1999 los neurocientíficos Zeki, Ramachandran y Hirstein buscaron descubrir la relación entre la activación cerebral y el placer estético provocado por el arte visual. De dichas investigaciones se descubrió que el giro fusiforme reconocía caras, la circunvolución del hipocampo reconocía paisajes, y el córtex frontal discernía –en cierta forma– entre estímulos bellos y estímulos feos, y tiempo más tarde, el mismo Zeki y Kawabata mostraron que en el córtex motor (regulador del movimiento) había más activación cuando se presentaban estímulos feos o desagradables.

Nandia, Pati y McCurry (2009) también comentan en su artículo que la activación neuronal –a grandes rasgos– ante la presentación de estímulos visuales se encontraría en las áreas corticales medias, laterales y prefrontales, así como en la ínsula, que se relaciona con los sentimientos y las emociones. Entonces entendemos que la valoración estética no es una capacidad propia de una única área cerebral¹³ –tampoco lo es la creatividad– sino que se relaciona con muchísimos procesos

¹³ aunque antiguamente los neurocientíficos hubieran considerado que existe una relación entre áreas cerebrales específicas y funciones cognitivas concretas (Nandia, Pati y McCurry, 2009), y en

cerebrales sin que exista una región cortical dedicada de forma exclusiva a la experiencia estética (Instituto Tomás Pascual Sanz, 2011). De tal forma la lateralidad hemisférica y las conexiones frontotemporales interactúan para crear nuevas ideas y esquemas conceptuales.

El hemisferio derecho y el lóbulo temporal contribuyen a detectar novedades, mientras que el izquierdo y el lóbulo frontal fomentan la motivación y la generación más sencilla de nuevos patrones de acciones y percepciones. A grandes rasgos, el lóbulo occipital está relacionado con la visión, el temporal con la audición, las emociones y la percepción visual, los parietales con la representación tridimensional, y los lóbulos frontales están relacionados con la reflexión abstracta, la moral y otros. El lóbulo frontal se puede dividir en dos partes; la zona izquierda, en la que se promueve la curiosidad, y la zona derecha, donde se generan las conductas de evitación y retirada. Por otra parte, en el lóbulo temporal se generan percepciones y suprimen acciones (Flaherty, 2011).

El hemisferio izquierdo está relacionado con la creatividad, así como las regiones del córtex prefrontal (Gonen-yaacovi et al., 2013 en Dahlia, 2014). El lóbulo frontal (el cual ya hemos visto su implicación) tiene importantes conexiones con el resto del cerebro. Entre ellas las regiones de la memoria y el concepto de formación (Fuster 2001 en Dahlia, 2014).

Indagando un poco más en los mecanismos asociados con comportamientos creativos encontramos: el hemisferio derecho, donde se generan las emociones negativas; el hemisferio izquierdo, donde se generan las emociones positivas; y el lóbulo frontal, donde se generan las ideas y acciones creativas (Flaherty, 2011). En dicho lóbulo también hay mayor participación de las funciones ejecutivas, memorísticas y atencionales (Teffer and Semendeferi, 2012 en Dahlia, 2014). Sin embargo, el 'cerebro creativo' es más complejo, ya que su estudio implica integrar tanto funciones mentales comunes en el hombre, como todos los componentes individuales que están relacionados con su experiencia propia.

Flaherty (2005) en Rodríguez (2011) cree que es más importante la interacción entre los lóbulos frontales y los temporales que la mantenida entre el hemisferio izquierdo y el derecho. Además resalta la importancia del sistema límbico (encargado de gestionar las respuestas fisiológicas ante los estímulos emocionales) en la producción de ideas y acciones nuevas¹⁴. Durante este proceso la dopamina tiene

1970 se considerara que el hemisferio derecho contenía los procesos artísticos y creativos y el izquierdo los procesos analíticos (Flaherty, 2011).

¹⁴ El procesamiento de información implica –frecuentemente– la producción de ideas y acciones nuevas, y no por ello nos encontramos ante un proceso creativo, sino ante un proceso natural que puede ser creativo.

un papel importante, ya que facilita las acciones voluntarias orientadas a un único objetivo, e inhibe los comportamientos competitivos.

Si el lóbulo frontal tiene un papel importante en la creatividad es precisamente porque se ha detectado que una disfunción en dicho lóbulo puede eclosionar en un bloqueo creativo (falta de ideas originales) al verse mermada y reducida la motivación y la flexibilidad cognitiva. Por otra parte se ha observado que los individuos creativos tienen un mayor flujo cerebral en las áreas relacionadas con el proceso multimodal y emocional. De tal modo que se evidencia que las funciones creativas quedan bien distribuidas en buena parte del cerebro (Rodríguez, 2011).

Los avances neurológicos sobre la creatividad plantean la implicación de los lóbulos frontales, el córtex prefrontal y los ganglios basales en el proceso creativo (Fuster, 2002; Heilman, Nadeau y Beversdorf, 2003 y Dietrich, 2004 en Rodríguez, 2011), teniendo un papel principal el córtex prefrontal (donde residen las bases neuronales responsables de las funciones cognitivas superiores), involucrado en el procesamiento de la información compleja que llega al cerebro, en la búsqueda de soluciones, formulación de estrategias y dar instrucciones al córtex motor para la ejecución esas acciones. Por otra parte, las narraciones del famoso neurólogo Oliver Sacks plantean que el daño cerebral puede influir en la percepción y la creación, lo que nos lleva a hipotetizar que la plasticidad del cerebro humano permite que se reorganice ante un daño, para hacerse más sensible y adaptativo al mundo (Britto Leite, 2011). Por otro lado, el daño en el lóbulo frontal se relacionaría con la desinhibición y los comportamientos desapropiados socialmente. Además se observa que dichos pacientes son más creativos que la media (Dahlia, 2014). Aron et al., (2007) en Dahlia (2014) sugieren que el córtex prefrontal y la red de los ganglios basales están envueltas en la inhibición de los circuitos neuronales, especialmente aquellos que imponen la inhibición en el comportamiento impulsivo. También dicen que el córtex prefrontal y los ganglios basales rechazan el *status quo*. Entonces el lóbulo frontal está envuelto en algunos pero no todos los aspectos del proceso creativo en el cerebro sano.

Algo que podría sorprender sería el rol de la red lingüística en la creatividad. Van Essen et al., (2012) en Dahlia (2014) observó que la fisura izquierda de Silvio, donde hay áreas relacionadas con el lenguaje (como el opérculo parietal, el cortex temporal, el giro lingual y el surco colateral), el giro angular derecho y la región dorsomedial prefrontal son exclusivas del hombre, de tal modo que al ser el hombre el único ser capaz de hacer una producción artística y creativa, estas regiones podrían tener su propio rol en la creatividad.

Las nuevas investigaciones neuroestéticas están avanzando en los estudios sobre los procesos cerebrales vinculados a la intuición. Sin embargo detallan que es 'necesaria' una experiencia o conocimiento previo sobre el tema concreto para que se de esta 'intuición'. Así el arte es el resultado de la madurez, el conocimiento profundo de uno mismo y la experiencia. Los grandes artistas conocen el poder de la experiencia (que está en nosotros gracias al sentido del movimiento) para el diseño y la realización de sus obras. Tienen la 'necesidad indomable' de expresar un sentimiento recluso en su interior y que despoja gritos para salir y materializarse, y esta necesidad nace de las percepciones que tiene el artista del mundo (Britto Leite, 2011).

Aunque todavía estamos lejos de conocer y entender completamente las bases biológicas de la creatividad artística, el acto creativo y la apreciación estética, cada día tenemos mayores conocimientos sobre el 'cerebro visual', por lo que sería interesante plantearnos nuevas hipótesis neuronales sobre el arte y la estética enfocadas a ese ámbito (Delannoy, 2011).

2.4. Bioquímica

Desde finales del siglo XX se han realizado distintos estudios neurocientíficos interesados en la producción artística y su recepción estimular. Dichas investigaciones nos han permitido entender –en cierto modo– la bioquímica de los individuos con alta creatividad y productividad artística, lo que nos ha llevado a centrar la mirada en las conexiones interneuronales mesencefálicas que envían distintos neurotransmisores al resto del córtex. Los estudios han resuelto que hay una mayor actividad dopaminérgica, serotoninérgica y norepinérgica en los cerebros de individuos altamente creativos (Flaherty, 2011).

La *dopamina* es un neurotransmisor que se ha relacionado con conductas motivadoras y generadoras de actividad, imaginativas y alucinatorias. Del mismo modo, se ha observado que los sujetos con una importante actividad dopaminérgica suelen tener mayores conductas de riesgo, como sería el consumo de tóxicos. Sin embargo, el consumo de tóxicos no genera creatividad.

Dahlia (2014) citando a Manzano et al. (2010) sugiere que el receptor D2 en el sistema dopaminérgico, especialmente en el tálamo, tiene un importante rol en la creatividad de los individuos sanos. Observamos, pues, que existe una relación entre la producción artística y la DA, ya que se ha visto que los pacientes –inicialmente artistas– medicados con fármacos para la dopamina (como los pacientes con Parkinson) incrementan su producción artística de forma obsesivo-compulsiva y cam-

bian su técnica (Kulisevsky et al. 2009 en Dahlia, 2014). Sin embargo Dahlia (2014) citando a Flaherty (2005) comenta que dichos pacientes tenían un talento artístico previo, y que el tratamiento no supuso un aumento en su ‘talentéz’ artística.

La *serotonina* por su parte regula la motivación del individuo cuando no hay factores aversivos ni estresores en el entorno, a la vez que genera actividad y curiosidad en el sujeto. Este neurotransmisor se ha relacionado con la sensación de placer –como ha ocurrido con la dopamina–.

Por otro lado la *norepinefrina o noradrenalina* es un neurotransmisor excitador, que se activa ante estímulos positivos y negativos bloqueando los receptores adrenérgicos beta de áreas cerebrales como la amígdala, la circunvolución del cíngulo, el hipocampo, el tálamo, el neocórtex, el cuerpo estriado y el giro cingulado, y tiene efectos sobre el sistema de recompensas y el proceso atencional.

Finalmente debemos manifestar que los individuos con una florida creatividad, tienen más conexiones interneuronales. Así como las personas sinestésicas son más creativas y tienen una mayor activación cortical. Por otra parte, los individuos con trastornos de rasgos esquizoides o psicóticos y, los familiares de estos, suelen tener comportamientos más creativos que la media. Lo que manifiesta la existencia de unos rasgos comunes entre creatividad y psicosis (Flaherty, 2011).

CAPÍTULO II. VINCENT VAN GOGH

3. Biografía

A pesar que el presente trabajo es de índole psicológico y no histórico ni artístico, vamos a tratar la biografía de Van Gogh con bastante detalle, ya que nos va a servir para poder observar el comportamiento que justifique la hipótesis de que el artista padecía una esquizofrenia, y no un trastorno bipolar. Ya que aunque se observa que Vincent tenía estados de depresión profunda y otros de más exaltación, nunca llegó a cumplir criterios de manía (aunque sí de hipomanía). Además la existencia de sintomatología psicótica en estados melancólicos justifica un diagnóstico de esquizofrenia.

3.1. Vida

3.1.1. Primeros años; la familia Van Gogh y primeros trabajos

El 30 de marzo de 1853 nació en el seno de una familia protestante de alta cuna Vincent Willem van Gogh, el primero de seis hermanos, aunque apenas un año antes el matrimonio Van Gogh había tenido un hijo sin vida, al que llamaron Vincent. Tiempo más tarde nacieron sus hermanos; Anna Cornelia (1855), Theodorus (1857), Elisabeth Huberta (1859), Willemina Jacoba (1862) y Cornelis Vincent (1867). (Para más información familiar ver Anexo II).

Para entender la turbulenta vida de Vincent van Gogh es necesario comprender la relación que tuvo este con su familia. Especialmente con su madre: Anna, un mujer dada a la melancolía y la preocupación, que se había refugiado en la religión en busca de protección a las fuerzas malignas albergadas en su interior. Tenía una forma particular de ver la vida; veía en la felicidad un lado oscuro, por lo que no luchaba por conseguirla, pero a su vez prohibía el sufrimiento.

Al casarse con el pastor Theodorus (Dorus) van Gogh, Anna, perdió las ventajas económicas de su vida anterior. Así que en su escala de valores cobró una importancia enorme la respetabilidad, regida por el deber, la decencia y la moderación, algo que no podía lograr con un hijo como Vincent, al que percibía excéntrico, terco y cruel, con ocurrencias extrañas y absurdas. Nunca profesó mucha simpatía a Vincent, cuya personalidad chocaba con su mentalidad conservadora y tradicional.

Anna era una mujer excesivamente normativa, calculadora y nada cariñosa que ejercía un gran control sobre sus hijos, a los que no dejaba jugar con los otros chicos por miedo a perder el buen nombre de los Van Gogh. Así que todos los hijos del matrimonio estaban encerrados en casa o en el jardín en compañía familiar – Anna era una eterna defensora del principio de unidad familiar–. Al ser una mujer

miedosa inculcó a sus hijos una mentalidad basada en el miedo y el aislamiento. Veía el mundo como un lugar turbulento y peligroso en el que la familia suponía el único refugio. Así sus hijos, criados en un mundo desprovisto de sentimientos, sentían una explosión de emociones nuevas, desconocidas y difíciles de controlar al marcharse del nido Van Gogh, lo que les creaba dificultades para relacionarse.

Vincent van Gogh era un chico tímido y preocupadizo con preferencia para las actividades en solitario. Era reticente a conocer extraños (tendía a bajar la cabeza y a moverse nerviosamente), y compartía la visión de vida de su madre, a la que se sentía muy apegado y buscaba siempre ganar su favor, con lo que se sentía mal si no hacía nada de provecho¹⁵, algo que le marcaría toda su vida con sentimientos de fracaso, inutilidad e improductividad. Al tener un carácter difícil y poco en común con el resto de niños, fue enviado a un internado en 1864, lo que le cargaría se resentimiento, abandono, soledad, y nostalgia:

Nada podría haber afectado más a un niño sensible con hábitos solitarios que la exposición emocional a un internado. Tampoco ayudaba que Vincent tuviera once años y fuera el estudiante más joven del colegio. Era el recién llegado pelirrojo con acento del campo, mal carácter y modales extraños (Naifeh y White Smith, 2012, p. 72).

Por lo que hace al resto de la familia Vincent estuvo muy apegado a su hermana Willemina (Wil) y a su hermano Theodorus (Theo) por los que sentía cierta afinidad. Sin embargo no tenía buena relación con Elisabeth (Lies) ni Anna.

Dorus, un hombre serio y sin sentido del humor, sería modelo del futuro Vincent, quien adoptaría como *modus operandi* las largas horas de soledad y confinamiento en el estudio como su padre.

Tras acabar la etapa escolar Vincent fue a trabajar en una galería de arte (Goupil) propiedad de su tío Vincent (Cent) van Gogh, quien al no tener hijos vio a su sobrino como un posible heredero.

En 1870 conoció a Caroline Haanebeek, una joven de buena familia, hermosa, alegre y nada vergonzosa de la que quedó prendado sin ninguna opción a ser correspondido. Los Van Gogh, que desconocían los sentimientos de su hijo, deseaban que se relacionara con una familia como los Haanebeek, ya que creían que ello sería productivo para su futuro en Goupil y en La Haya. Sin embargo, cuando Vincent declaró su amor por la joven ella lo rechazó, lo que le precipitó a una vida de calle. Se convenció de que si no podía tener una buena mujer, tendría una mala, que le diera un falso consuelo a su soledad.

¹⁵ Anna estaba obsesionada con que sus hijos no hicieran nada de provecho y cayeran en el desánimo como ella (Naifeh y White Smith, 2012).

Las relaciones que tendría con las prostitutas estarían marcadas por la empatía y la necesidad. Confesaba sentir un afecto especial por aquellas mujeres abandonadas y marginadas por todos.

Al trasladarse a la galería parisina Vincent estuvo bajo el liderazgo de Hermanus Gijbertud Tersteeg, un joven de 20 años al que tomó como modelo a seguir. Entusiasmado con su trabajo, Vincent desarrolló un interés súbito por el arte. Parecía que había encontrado su lugar en el mundo, ya que tenía un instinto natural para encontrar valor en lo raro y demandado. Sin embargo Vincent no supo adaptarse a la ciudad ni a la gente, y cuando Tersteeg asumió el control de la galería su relación fue tirante. El joven exitoso empezó a denigrarle y Vincent volvió a sus antiguos hábitos solitarios. Lo que generó las quejas de sus padres y el tío Cent quien trasladó a su sobrino a Londres.

Vincent intentó empezar de nuevo. Volvió a la iglesia y empezó a introducirse en el círculo burgués, pero todo esfuerzo fracasó. La escasa confianza en sí mismo y los sentimientos de vergüenza y fracaso le llevaron otra vez a sus conductas solitarias. En 1873 se mudó con la familia Loyer con quienes pondría en práctica su primer intento de vinculación a una familia distinta a la suya¹⁶. Sin embargo la relación no funcionó y al sentirse solo de nuevo empezó a descuidar imagen y dejó de comer. Ante los informes de Anna –quien había ido a Londres con falsas promesas de trabajo hechas por Vincent–, Dorus escribió a Theo «Entre nosotros, creo que padece una enfermedad del cuerpo o del alma»¹⁷.

Cuando Vincent volvió a París en 1875 tuvo las esperanzas de recuperar su puesto en Goupil y encontrar en Theo –quien estaba tomando las responsabilidades que Vincent no había sabido tomar– no solo un compañero de habitación, sino también un compañero de vida. No obstante la relación entre los ambos se había enfriado, y de esa vuelta no obtuvo nada más que un trabajo en el almacén de Goupil.

Al poco de llegar empezó a escuchar los sermones del predicador baptista Charles Haddon Spurgeon, quien afirmaba que Dios perdonaba a todos los hombres. Ante esa idea de perdón ansiado que no llegaba a manos de sus seres amados, Vincent empezó a leer la Biblia y se impuso la autodisciplina monástica de *ora et labora*. Pero no lo hizo por amor al Altísimo, sino para huir de los demonios que le perseguían. Sin embargo parecía seguir un buen camino, alejado de los placeres de la carne y acompañado por Harry Gladwell, un chico religioso con el que compartía vivienda y al que había atribuido el papel de hermano menor. Pocos meses después

¹⁶ Vincent van Gogh tendría una fijación con las familias incompletas, en las que pretendía ser la figura paterna que faltaba con el objeto de superar el rechazo que generaba en su propia familia.

¹⁷ (Naifeh y White Smith, 2012, p.132).

Gladwell se marchó, y Vincent empezó a tener ideas paranoicas de abandono y conspiración, lo que le devolvió a sus rituales de soledad y autocompasión.

Debido a tales delirios Vincent empezó a causar problemas en la galería, donde sermoneaba a los clientes e intentaba convertirlos al cristianismo. Esos hechos –que no hacía con malicia– enfadaron a los clientes, y el mismo se autoexilió a Londres donde obtuvo un empleo de ayudante de profesor en un colegio masculino de Ramsgate.

Vincent estaba todos los días estudiando la Biblia. Al principio por gusto, después por obligación, y el único día de fiesta –el domingo– iba a todos los sermones que podía esperando que Dios le hablara. Durante esa época su “devoción” religiosa no cesó, por lo que en 1876 con motivo a llevar la verdad a los demás, decidió hacerse misionero. Al no lograrlo se planteó la posibilidad de hacerse predicador, pero su oscuro discurso sobre las Escrituras no gustaba a los fieles, y finalmente consideró la posibilidad de hacerse catequista, algo que no gustó a sus padres al ser el último eslabón de la profesión eclesiástica.

La combinación de presión y privaciones a la que se autosometía Vincent se cobró un precio muy alto. Ese año sufrió un colapso nervioso. Llenaba sus cartas de delirios incoherentes, tenía dolores de cabeza y oía voces interiores que le hacían dudar y condenarse. Su mente se deterioraba, y flirteó con el suicidio por primera vez. Además intentaba enorgullecer a sus padres con una profesión y fe que no sentía. Sin embargo, y a pesar de que hacía tiempo que dibujaba, se empieza a interesar realmente por el arte.

3.1.2. Amor a Theo y autoexilio a Bruselas

Theo sentía cierta simpatía por su hermano Vincent, algo que incomodaba a sus padres, que intentaban reprimirla recordándole la triste angustia que les causaba constantemente con sus actos de autodestrucción. Además su hermana Lies tampoco sentía mucho aprecio por el hijo mayor de los Van Gogh, al que acusaba de la desdicha de su familia.

A pesar de que Theo era el hijo que todos los padres habrían deseado; se ocupaba de los problemas familiares, sabía relacionarse con la alta sociedad y era amado por su círculo, en 1877 se enamoró de una mujer llamada Marie y se iluminaba con la idea de ser un artista. Además se planteaba dejar Goupil por primera vez –durante su vida se lo plantearía en más de una ocasión–. Parecía que estaba siguiendo los pasos de su hermano, y eso asustaba al matrimonio Van Gogh. Vincent apoyó a su hermano de forma inmediata. Sabía que si Theo seguía su mismo camino ya no tendría que sentirse culpable por sus fracasos. Sería un camino com-

partido, dos hermanos unidos en uno solo; la hermandad perfecta. No obstante esta vez Dorus supo contener la situación.

Durante ese mismo año Theo y Vincent frecuentaron a su primo político, Anton Mauve, un pintor exitoso y muy admirado en La Haya. Ambos deseaban ser como él, aunque Vincent seguía interesado en la relación entre arte y religión, de las que diría que compartían el poder de «arrojar luz donde hay oscuridad [...] alegrarte y alimentar tu vida interior»¹⁸. Para él ambas tenían un poder consolador. También apreciaba la fealdad exterior, así que sus obras de aquella época son decadentes y poco armoniosas. Decía que con ello estaba pintando sus palabras.

En 1879 Vincent se marchó a Bruselas. Había un puesto de predicador laico y profesor de catequesis en Marcasse y Frameries. Al principio estuvo bien acogido por los pueblerinos, pero al poco tiempo le empezaron a tachar de loco y a reírse de él. Los mineros observaron en sus sermones un hombre fantasioso, incapaz de mitigar las revueltas sindicalistas fruto de su malestar. Además, únicamente se dedicaba a atender a los enfermos y moribundos –quienes no le ponían en entredicho y agradecían su misericordia–, y pronto volvió a la espiral de autoinculpación y mortificación. Casi no comía, descuidaba su aspecto, caminaba sin abrigo ni zapatos en invierno, rechazaba toda comodidad y solo se dedicaba al estudio de la Biblia rechazando toda compañía. A los pocos meses fue despedido por su conducta errante. Tal rechazo y falta de apoyo le desesperó, y volvió a fantasear con el suicidio. Volvió a casa de sus padres a finales de 1878. Abandonó el oficio religioso y tomó definitivamente el cuadernillo de dibujo (para Theo ese era el único medio por el que Vincent podría ser autosuficiente). Empezando así su camino por los senderos del arte.

La breve trayectoria artística de Vincent empezó en 1880 en Bruselas, donde estudió anatomía para comprender el cuerpo humano y perfeccionar su técnica de dibujo. Durante esa época Theo, que disponía de una situación económica estable, era el encargado de pagar sus facturas –Anna y Dorus no tenían suficiente dinero para mantener a Vincent, y si lo tenían no deseaban gastarlo en otro de sus estrepitosos fracasos–. También le dio lecciones de comportamiento, mediante las cuales se benefició de amistades como la de Anthon Gerard Alexander Ridder van Rappard, un joven pintor de buena familia. Sin embargo las relaciones sociales le seguían angustiando, y sus lecciones en la Academia de Bruselas –en la que había conseguido plaza– no resultaron satisfactorias, así que acabó eliminando toda la producción que hizo allí.

La ausencia de Rappard –que había vuelto con su familia– y de Theo le llevó a declarar su amor a Cornelia Adriana (Kee) Vos-Stricker en 1881, la prima por la

¹⁸ (Naifeh y White Smith, 2012, p. 191)

que había quedado prendado mientras vivía en casa del almirante Johannes van Gogh (el tío Jan) apenas tres años antes. Kee era una mujer fuerte, madre de un hijo y esposa que perdió a su marido a causa de una enfermedad. Creyendo que la hija de los Sticker sería la esposa ideal y su matrimonio le permitiría tener por fin una familia que le amase, se declaró bruscamente. Sin embargo Kee lo rechazaría rotundamente en distintas ocasiones, y este intento amoroso delirante y fallido marcaría la posterior tirante relación entre los Sticker, los Van Gogh, y Vincent.

La vida de Vincent era puro derroche. Según él invertía porque cuanto más productos tenía más dibujaba, y cuanto más dibujaba más progresaba. En poco tiempo se quedó sin dinero, y tuvo que pedir ayuda a Mauve quien le dio el suficiente para que alquilara un estudio en el que aprendiera a pintar. Sin embargo la ayuda de Mauve fue más allá que lo puramente económico. Una de las figuras más destacadas de La Haya se ofreció para que Vincent pudiera perfeccionar su técnica. Pero ambos tenían visiones muy distintas y la confrontación y la enemistad llegó pronto.

Vincent quería que sus padres apreciaran su arte, que no le vieran como un marginado como los demás. <<Lo que deseo es que mi obra guste a la gente [...] ¡Es tan maravilloso cuando te das cuenta de que hay otros que realmente perciben algo de lo que has querido transmitir!>>¹⁹.

Con el tiempo Vincent empezó una relación con Crisina Maria Hoornik, una prostituta embarazada a la que llamaba cariñosamente Sien. Creía que era la mujer perfecta con la que casarse, ambos eran repudiados por la sociedad, y él podía ser la pieza que faltaba para encajar en su familia.

A palabras de Vincent Sien era una mujer insoportable y nada agraciada, pero sabía como llevarlo, y empezaron a vivir juntos rápidamente. Theo, que dudaba del bienestar psicológico de su hermano, no apoyó ese matrimonio y amenazó a Vincent con dejar de pasarle la manutención si no abandonaba a Sien, y el internamiento en un centro psiquiátrico si sus padres se enteraban de su objetivo. A pesar de las complicaciones que iban surgiendo, la relación entre Vincent y Sien prosiguió hasta 1883.

Desde la primera vez que Theo considerara la posibilidad de abandonar Goupil Vincent había soñado en la constitución de una hermandad artística. Sin embargo en 1883 esos sueños peligraban. Theo tenía una amante, y eso podía suponer la retirada de su manutención –150 francos en aquella época– o el fin de esa empresa aún no puesta en marcha. Las cosas en Goupil no iban bien, y con los acreedores siguiendo la pista de un Vincent lleno de deudas, tuvo que aceptar la

¹⁹ (Naifeh y White Smith, 2012, p. 305)

propuesta de su tío Cor, quien le iba a pagar por sus dibujos –incluso por adelantado– con la condición de abandonar a Sien. Ese trato indignó a Vincent, quien acusaba a su familia de estar con una prostituta por haberle negado el amor de Kee. No obstante al final la abandonó.

Tras este episodio en el que simuló tener una familia junto a Sien, Vincent volvió a la vida de noche y prostíbulos.

En 1884 su madre se rompió la cadera, por lo que volvió a casa para cuidar de ella. Durante esa estancia aprovechó para mostrar a sus progenitores sus habilidades pictóricas. Había mejorado considerablemente, aunque no suficiente. Sus obras –inspiradas en la naturaleza– no eran vendibles pero Theo decidió enviar uno de sus cuadros en la exposición anual más importante de Europa: el Salón de París.

Durante esta época Vincent empezó una relación con Margot Begemann, hija soltera de la familia más rica de Nuenen. A pesar de ser la menor de los hermanos era bastante mayor que Vincent y, era la encargada del negocio familiar. Margot estaba locamente enamorada de Vincent. Lo buscaba y lo observaba a escondidas. Sabiendo que su relación no sería aprobada por ninguna de ambas familias la escondieron, hasta que un día les descubrieron consumando. Vincent dijo que se casaría con ella, lo que hizo sospechar a sus padres que estaba embarazada. Como era de esperar las familias se opusieron y él se marchó, y durante la despedida Margot intentó suicidarse.

Durante ese mismo año se sospecho que Vincent tenía una relación con otra mujer llamada Gordina de Groot.

El 27 de marzo de 1885 moría Dorus de apoplejía, y las hermanas de Vincent le echaron de casa acusándole de ser el culpable de esa muerte. Ante ese hecho, y como acto de buena voluntad, Vincent renunció a su parte de la pequeña herencia y volvió a la vida en las calles, lo que le enfermó de sífilis, de la que se trató con mercurio a escondidas de su hermano. Sin embargo el tratamiento era peor que la propia enfermedad. Hacía sufrir al paciente con síntomas como; caída de cabello, falta de apetito sexual, dolores estomacales, anemia, depresión, pérdida de vista y oído, daños orgánicos, infecciones en garganta y encías (Vincent tuvo que quitarse gran parte de los dientes porque se le habían podrido), y podía llevar a comportamientos extraños e incluso a la muerte.

Theo volvió a plantearse la posibilidad de dejar su puesto en Goupil, pero esta vez por solidaridad a su hermano, sin embargo era consciente de que si abandonaba su trabajo no podrían mantenerse, así que al final decidió seguir en su puesto.

Ese año Vincent empezó a pintar a base de color y pinceladas, había creado un nuevo arte por el que reproducía de forma original aquello que veían sus ojos. De ello diría «quiero pintar lo que siento y sentir lo que pinto»²⁰.

En 1886 Vincent tomó clases en la Academia de Amberes aunque no le gustaban los movimientos artísticos ni creía que necesitara lecciones –él ya se había declarado un auténtico artista en 1880–. Para él un artista debía ser libre para crear su estilo propio. Se relacionó con artistas marginados, y además de tener una salud cada vez más deteriorada, veía su objetivo de ganar dinero con el arte lejos.

Ese mismo año Theo conoció a Johanna (Jo) Bongers, la que en un futuro fuera su esposa. Ese amor –que al principio no fue correspondido– llevó a Vincent a los brazos de Agostina Segatori, una mujer que como Margot Begemann era mayor que él. Segatori era la propietaria de Le Tambourin, un café en el que se hacían exposiciones y, en el que él, expuso alguna obra. Le Tambourin empezó siendo un lugar de éxito tras una época en que los artistas progresistas se estaban dividiendo en fracciones variables peleadas entre sí, y se puso de moda lo marginal. Pero con el tiempo y, tras bastantes redadas policiales, pasó a ser un «antró». Los clientes huyeron y Segatori cayó en la bancarrota. La ruina de Segatori no fue significativa para Vincent, ya que él realmente no estaba enamorado de ella. Vincent solo buscaba consuelo al «rechazo» de su hermano, a la preferencia que tenía él por una mujer. Sin embargo tampoco queda muy claro que Agostina estuviera interesada en Van Gogh. Lo más probable es que él se hubiera aferrado fanáticamente a ella.

3.1.3. La vida en Arlés, el Hôtel Dieu y Saint-Rémy

Desde que Theo fuera rechazado por Jo Bongers la relación entre ambos hermanos había mejorado. Empezó a seguir los pasos de Vincent –como frecuentar los prostíbulos–, y su carácter se había vuelto más melancólico de lo que ya era de por sí. Durante este tiempo Vincent fue el confesor de Theo, y decidieron tomar la empresa que hacía tanto tiempo había ideado Vincent; crear un nuevo arte como regeneración del antiguo. Sin embargo en 1888, tras la infección de sífilis de Theo, Vincent decidió abandonar a su hermano para volver al camino de la soledad. Esa difícil decisión suponía renunciar a aquello que tanto había anhelado; compañía fraterna, y fue una entrega de amor a Theo. Vincent se daba cuenta que ofrecía a su hermano el mismo camino de enfermedad y degeneración que se había dado a sí mismo, así que huyó a Arlés con la intención de no volver. A pesar de la separación, Vincent no olvidaría la idea de una hermandad unida por el arte.

²⁰ (Naifeh y White Smith, 2012, p. 417).

La huida de Vincent fue un duro golpe para Theo, que se sentía amargamente solo tras dos años de convivencia conjunta. Se dio cuenta por primera vez de la importancia que había tenido su hermano mayor en su vida, y reconoció ante sus hermanas que jamás hubiera pensado que pudieran estar tan unidos.

En Arlés la salud de Vincent se deterioró. Sufría lagunas mentales, dejó de comer, de fumar y de beber. Durante su estancia allí supo de la muerte de Mauve, lo que conjuntamente con la nostalgia hacia Theo le sumió en sentimientos melancólicos, de culpa y remordimiento. Su relación con los habitantes tampoco fue mucho mejor. Vincent tenía delirios de envenenamiento y creía que los pueblerinos se querían aprovechar de él. Toda esta situación causó rechazo, burlas y miedo en los habitantes, que solo veían su comportamiento excéntrico.

A finales de abril de 1888 Vincent recibió una carta de Bernard en la que le comunicaba que había alquilado una casa en Saint-Briac. A los pocos días Van Gogh vio una casa amarilla destaralada que le pareció el paraíso. El Edén para su hermandad artística. La alquiló, la hizo habitable e invitó a Bernard que amablemente declinó la invitación. Seguidamente intentó convencer a algunos artistas de Arlés, pero ninguno deseaba relacionarse con él, así que finalmente envió una carta a Paul Gauguin esperando llamar la atención de otros artistas –algo que nunca conseguiría–. Sin embargo fue necesaria la intervención financiera de Theo para que Gauguin, un pintor de moda pero arruinado, aceptara la invitación al Edén Van Gogh.

En la Casa Amarilla Vincent se castigaba con sobreesfuerzo y falta de alimentos. Se cortó la barba y se afeitó la cabeza. Parecía nervioso, tenía dolor de estómago y no podía dormir y, su único compañero ocasional, el teniente Milliet, era consciente de los cambios de humor de Vincent.

La muerte del tío Cent a finales de julio sumió de tristeza a Vincent, a quien había excluido de su testamento –al igual que su prole–. En cambio dio gran parte de la herencia a Theo quien dedicaría ese dinero a la Casa Amarilla para mitigar sus remordimientos.

Cuando finalmente llegó Gauguin a la Casa Amarilla, Vincent le propuso ser el director de la hermandad, pero tras observar el éxito artístico, económico, familiar y sexual que tenía su compañero –él se había vuelto impotente– ya no estaba tan convencido de ello. Gauguin había tirado por el suelo la idea de que todo auténtico artista sufría a causa de su arte, así que las excusas que había puesto hasta entonces para justificar su desdicha ya no tenían solidez. Incapaz de hacer lo que el desafiante Gauguin le proponía (como pintar de memoria) pasó de la sumisión al desafío, y su actitud para con Gauguin cambió radicalmente. Las discusiones por naderías

eran continuas, y Gauguin decidió que era el momento de volver a París. Empezó a evitar a Vincent, a quien comparaba con Edgar Allan Poe, un ser enfermo y sufridor necesitado de ayuda con una lucha interior incansable.

El 23 de diciembre Vincent recibió una carta de su hermano en la que le anunciaba su boda con Jo. Esa noticia no pudo llegar en peor momento. Creyendo que Gauguin se marchaba para no volver esa misma tarde, Vincent se emborrachó, y frustrado, desorientado y delirante creyó que merecía un castigo: en un estado de ausencia se cortó el lóbulo de la oreja. Cuando volvió a la realidad se vio atrapado en un nuevo delirio: buscaría a Gauguin y le entregaría el lóbulo para mostrarle el precio que había pagado. Pretendía que se replanteara su marcha. Tras lo ocurrido Gauguin envió una carta a Theo en la que daba a entender que se requería de su presencia en Arlés. Vincent fue llevado al Hôtel Dieu de París, donde todos los médicos estaban perplejos con su caso. Sin duda estaba mentalmente enfermo, pero ninguno se atrevía a dar un diagnóstico a simple vista. Tras la primera semana el joven doctor Félix Rey hablaba de un momento de hipersensibilidad en el paciente, y pronosticaba que en poco tiempo estaría completamente recuperado. A tal diagnóstico Theo volvió a París, lo que generó de nuevo sentimientos de soledad y culpabilidad en Vincent, quien desconfiaba de los médicos y tenía un comportamiento violento y agresivo. Van Gogh dudaba de todo lo que veía y oía, se negaba a comer y hablar y, lloraba y no podía dormir ni escribir.

Al fin los médicos le diagnosticaron de <<estado de delirio generalizado>> y consideraron que la mejor opción sería internarlo en un manicomio en el que le pudieran dar cuidados especiales. Para ello redactaron un certificado de enajenación mental. Sin embargo Vincent trabó amistad con algunos de los médicos para esquivar el internamiento, lo que conduciría al Dr. Rey a firmar el alta y a la vuelta de Vincent a la Casa Amarilla, quedando al cuidado de Frédéric Salles, el pastor local, quien informaba del estado de Vincent a su hermano, mientras que él mismo enviaba cartas sobre su estado a Theo, a quien mentía hablándole de una recuperación (según teniendo pesadillas, miedo a la recaída y alucinaciones).

Un mes después de dejar el hospital la policía fue a la Casa Amarilla para llevarse a Vincent al Hôtel Dieu de nuevo. Asustaba a los vecinos con su comportamiento. Estaba mortificado por sentimientos de fracaso, soledad y paranoias de envenenamiento. Theo se sintió culpable de haber creído que Vincent estaba mejor, y habló con Jo y Salles de la opción de internarlo. Sin embargo el Dr. Rey le envió un telegrama para informarle de la mejoría de Vincent con lo que se acabó desestimando el posible internamiento. Pero finalmente hubo una tercera recaída, y el Dr. Delon

redactó un informe en el que confirmaba la <<enajenación mental>> de Vincent y apoyaba la petición de que fuera expulsado de la comunidad. Nadie se oponía.

En el hospital Vincent estaba vigilado constantemente. Tenía demasiado tiempo para pensar en lo que no estaba haciendo mientras estaba allí, y eso le hacía sentir culpable y fracasado. Al darse cuenta de que no tenía control sobre sí pidió que le internaran de forma inmediata, sorprendiendo a Salles y a los médicos que creían que estaba mejor.

Vincent sufría al saber que hacía sufrir a Theo, y decía: <<Me gustaría estar encerrado no solo por mi propia seguridad, sino también por la de los demás. Me preocupa dar problemas a Salles, a Rey y, sobre todo, a ti>> (Naifeh y White Smith, 2012, p.702). Su hermana Wil propuso cuidarlo, pero Theo no quiso, creía que Vincent tenía que estar en un lugar tranquilo y sereno, alejado del ambiente familiar que para él era de todo menos pacífico. Consultó con el Dr. Loui Rivet, quien había tratado a Vincent en París, y ambos coincidieron en que el enfermo estaría mucho mejor en cualquier hospital que cuidado por sí mismo. Theo perdió la esperanza de recuperación, y a pesar de no querer internarlo por vergüenza ni gusto por la institución elegida por Salles (la Iglesia en Saint-Rémy) aceptó la decisión de su hermano que amenazaba con alistarse a la Legión Extranjera si no le internaban. Así que mandó una carta de admisión a Saint-Rémy solicitando el alojamiento más barato.

El manicomio de Saint-Pail-de-Mausole era parecido a un centro vacacional dirigido por el doctor Théophile Peyron y un séquito de monjas y personal sanitario que animaban a los pacientes a pasar el máximo de tiempo fuera. Vincent recuperó la paz. Por primera vez como artista se había liberado del peso de la ambición y las expectativas, no tenía que preocuparse por el dinero y podía pintar en público sin que nadie se riera de él. Además, todo el centro estaba lleno de individuos como él, y las sesiones con el Dr. Peyron conseguían dispersar las sombras de su cabeza.

A pesar de que Vincent fue diagnosticado en el Hôtel Dieu de <<manía aguda con delirio generalizado>> el Dr. Rey informó al Dr. Peyron de que Vincent fuera un posible caso de epilepsia no clásica caracterizada por un apagón mental y un colapso del pensamiento, pérdida de percepción y conductas extrañas y dramáticas provocadas por pensamientos y sentimientos de culpa y sufrimiento mental (Naifeh y White Smith, 2012, p. 714). El Dr. Peyron no pudo más que confirmar el diagnóstico al saber que había habido otros casos de epilepsia latente en la familia²¹, como fue el caso de su abuelo Willem Carpentus, la tía Clara Carpentus, otro tío materno que se había suicidado, el tío Hein van Gogh, el tío Jan van Gogh, el primo Hendrik y otro

²¹ Los expertos sobre epilepsia estaban de acuerdo que era altamente hereditaria.

de sus primos (también debemos tener en cuenta que Theo tenía una personalidad melancólica como la de su madre, y más tarde se sabría que su hermana Wil también tuvo problemas mentales). Por lo general los pacientes con epilepsia latente tenían ataques que venían seguidos de periodos de gran pasividad. Quedaban sumidos en la apatía y no mostraban interés por el mundo exterior. Al saber de su diagnóstico Vincent se sintió liberado de aquella culpa que le oprimía. Sintió que recuperaba el control de su vida y su pintura pasó a ser más serena. Como si hubiera cambiado su perspectiva visual. Concibió una nueva noción de línea y forma. El nuevo arte que tanto había buscado y con el que pintaría <<La noche estrellada>> en junio de 1889.

Tras unos meses en el que parecía que Vincent había mejorado, el Dr. Peyron le permitió visitar la Casa Amarilla. Ese mismo día recibió la noticia del embarazo de Jo. En la carta le comunicaban el deseo de que fuera el padrino del niño al que iban a llamar Vincent. Pero esa noticia llena de alegría no pudo generar más desdicha a Vincent. Volvió a los excesos y a las conductas errantes y ansiosas. Los ataques volvieron a proliferar y padecía de alucinaciones, fantasías paranoicas, mareos, vértigo y pérdida de conciencia. No quería ver a nadie y deseaba morir. Durante un ataque los guardianes le sorprendieron bebiéndose el queroseno de su lámpara y las pinturas de los tubos, había intentado suicidarse. Todo ello hizo que Vincent perdiera la libertad que se la había dado, y le hizo sentir humillado. Con el tiempo decidió escaparse, pero estar fuera también le aterrorizaba, así que volvió a pintar creyendo que los demonios se calmarían.

Theo decía <<Puede que para un artista fuera tolerable su conducta, e incluso ventajosa. Muchos pintores se han vuelto locos y aún así han creado auténtico arte>> (Naifeh y White Smith, 2012, p. 649).

Posteriormente los científicos descubrirían que la epilepsia latente parecía crear fuegos de artificio en los impulsos eléctricos del cerebro. Tormentas nerviosas, explosiones, descargas neuronales anormales a las que ponían en movimiento unas pocas "neuronas epilépticas" en un cerebro que consta de billones de neuronas. Estas cascadas de chispas errantes solían originarse o afectar a las partes más sensibles del cerebro, sobre el lóbulo temporal y el sistema límbico: las sedes de la percepción, atención, comprensión, personalidad, expresión, cognición, emoción y memoria. (Naifeh y White Smith, 2012, pp. 726-727).

3.1.4. Descubriendo al artista y observando su fin

En 1889, tras tanto tiempo sin éxitos y, después de los continuos ataques, Vincent llegó a afirmar «Como pintor nunca llegaré a nada. Estoy absolutamente seguro de ello»²² por lo que consideró la posibilidad de dejar el camino del arte. Sin embargo, para él la pintura era el mejor consuelo al abatimiento, y siguió pintando a pesar de las dificultades y las limitaciones que le pusieron en Saint-Rémy. Poco tiempo después Jozef Isaäcson escribió un artículo en la revista *De Portefeuille* sobre Van Gogh, su obra y su estado en el sanatorio, y seguidamente se publicó otro artículo sobre su pintura en el mensual *Mercure de France*. Además el cuadro de Los girasoles estaba expuesto en la tienda de pinturas de Julien Père Tanguy, y muchos parisinos de acercaban a contemplarlo. Vincent empezaba a ser un personaje de moda, y no solo su arte estaba en boca de todos, también lo estaba su relación con Gauguin y los acontecimientos en la Casa Amarilla.

Ante todo este caos apareció un joven crítico de arte llamado Albert Aurier. Devoto del simbolismo, de los marginados y los desviados que se convirtió en un auténtico defensor de Van Gogh del que decía:

Es un fanático [...] Un enemigo de la sobriedad y la minucia burguesa [...] Lo que caracteriza a su obra es el exceso, exceso de fuerza, de nervio, de violencia de su forma de expresión [...] Por último y sobretodo Van Gogh es un hiperesteta [...] que percibe con una intensidad anormal y puede que dolorosa. Una intensidad invisible para el ojo sano, al margen de toda banalidad. Su cerebro hierva y lanza su lava con fuerza irresistible a los barrancos del arte, un genio terrible y demente, casi siempre sublime, a veces grotesco, siempre al borde de lo patológico (Naifeh y White Smith, 2012 p. 710)

Aurier había encontrado un pintor con furia incontrolada que proporcionaba una experiencia emocional extrema y orgásmica que llegaba al corazón del hombre. Había desvelado que la realidad era una ilusión, y con un «lenguaje mágico» propio de los «artistas-sabios» expresaba esa realidad. No veía más que un genio profundo y complejo. Había comprendido que en las pinturas de Vincent había un arte sin desvelar y un gran amor por la naturaleza y la verdad (Naifeh y White Smith, 2012, p. 765). Para Aurier Van Gogh era un simbolista por excelencia. Había conseguido apelar a los sentidos «del indefinible “aroma” de su sinceridad a la “carne y materia” de su pintura, de las radiantes y brillantes “sinfonías” de su color a la intensa “sensualidad” de su línea». Veía en Vincent una extraña e inquietante naturaleza, una mente intensa y febril brutalmente brillante. De allí que destacase sobre los demás simbolistas. Aurier sacudió el mundo del arte para poner el apellido Van Gogh en boca de todos, algo que entusiasmo a los artistas y críticos vanguardistas que ala-

²² (Naifeh y White Smith, 2012, p. 705)

baban el poderoso efecto de las gruesas y salvajes pinceladas del artista. En poco tiempo aparecieron tanto defensores como detractores del arte Vangoghiano, siendo algunos de los defensores el artista Toulouse-Lautrec o el crítico Octave Maus. Incluso Gauguin no pudo más que felicitarlo. A diferencia de lo que podría parecer, Vincent reaccionó con sorpresa y negación a tan inesperadas y deseadas críticas. Llevaba tanto tiempo enfermo y estaba tan poco acostumbrado a los halagos que los veía prematuros y nada merecidos. Sin embargo su sueño de una hermandad artística en la Casa Amarilla volvió a cobrar vida, y pensó que estaba en buen camino para recuperar la amistad y simpatía de Gauguin, su familia y otros artistas. Pero todas aquellas ilusiones quedaron en meras esperanzas. Los miedos y preocupaciones de Vincent y las pocas perspectivas de éxito lo dejaban paralizado y febril en su cuarto de Saint-Rémy. El Dr. Peyron informaba que el paciente volvía a estar abatido y no reaccionaba, y tardó meses antes de poder dibujar o enviar una carta a su familia. Cuando lo consiguió empezó a pintar recuerdos, pero aquello parecía la documentación de las visiones que le afligían.

Debido al éxito Theo insistió a su hermano que abandonara el sanatorio, con lo que el día 16 de mayo de 1889 el doctor Peyron escribía “curado” en su historial médico, y esa misma mañana Vincent llegaba a París para ver a su hermano y su familia. Resentido con Gauguin y Bernard que no lo habían ido a visitar, el 20 de mayo se autoexilió a Auvers sin avisar. Quería dejar París, una ciudad que sentía hostil. Pero al poco tiempo de llegar se volvió a sentir solo y tuvo miedo a que los demonios volvieran a atormentarlo.

En Auvers conoció Paul Gachet, un médico que había tratado las aflicciones físicas y mentales de muchos vanguardistas. Él le proporcionó el contacto social que anhelaba, pero no fue suficiente, quería que Theo y su familia se mudaran con él. Pedía demasiado. Con el tiempo y como siempre, la relación con Gachet se deterioró lo que le sumió otra vez en pensamientos de culpa y remordimientos. A ello se sumó una carta de Anna en la que hablaba de su padre, Dorus van Gogh, y otra en la que Theo le hablaba de su precaria salud y la de su familia. También le hablaba de su difícil situación económica y de la posibilidad de abandonar Goupil. Así como le deseaba que encontrara una mujer como Jo y descubriera la alegría de la paternidad. Todo ello agravó de nuevo la ya de por sí inestable mente de Vincent, lo que intensificaría su extraño comportamiento hasta el 27 de julio cuando Vincent volvía de pintar unos paisajes con una bala en el estómago. La herida no sanaría y moría entre los brazos de su hermano, dos días más tarde. Inteligiblemente diría <<quiero morir así>>. Por fin había conseguido el amor, el cariño y la atención que tanto tiem-

po había anhelado. Según Theo, Vincent, había hallado el descanso que buscaba. <<La vida era una carga tan pesada para él>> (Naifeh y White Smith, 2012, p. 822).

Meses más tarde moría Theo viviendo la misma suerte que Vincent; delirios, enfermedad e internamientos.

3.2. Influencias

Vincent van Gogh es un autor vanguardista que está considerado uno de los máximos exponentes del postimpresionismo (por lo que hace de la vida cotidiana su tema principal), aunque estuvo influenciado por movimientos como el realismo, el impresionismo y el expresionismo (su obra destaca por el uso del color y una técnica frenética).

Quizás podríamos considerar que el interés artístico en Vincent apareció durante su infancia por medio de su madre, quien se había aficionado al pasatiempo burgués de la época; el dibujo y la pintura. Sin embargo, no fue hasta 1875 – mientras Van Gogh trabajaba en Goupil– cuando se interesó realmente por ello. Durante aquel año Vincent pudo familiarizarse con los movimientos artísticos de la época, así como con algunos autores y sus obras, entre quienes destacó el realista Jean-François Millet. También se volvió un fanático del artista holandés Matthijs Maris, <<con quien compartía el mismo interés por lo trascendente, la misma historia de alienación y rebeldía ante sus familias, y la misma trayectoria de excentricidad y rechazo y reclusión>> (Naifeh y White Smith, 2012, P. 478). En 1876, durante su fanatismo religioso, se interesó por obras de carácter religioso, y en 1880, durante su estancia en la Real Academia de Bellas Artes de Bruselas, y aún impresionado por Millet, empezó a estudiar la perspectiva en el dibujo.

Millet fue una pieza clave en la confección de su arte oscuro y penumbroso, donde los motivos se centraban en la minería y los campesinos. Cabe mencionar que ésta fue una época oscura para Van Gogh, quien se encontraba solo y autoexiliado en tierras mineras y hostiles de Bruselas, lo que le provisionó con un carácter extraño, el autoabandono y delirios.

En 1881 Anton Mauve toma un papel significativo en su vida. Tras la insistencia de Theo en que empezara a pintar paisajes con acuarelas –era el producto de moda– Mauve le ofrece un estudio y enseñanzas. Mauve le insistió en la importancia de la perspectiva, ya que Vincent aún no había aprendido suficiente sobre ello. Sin embargo la influencia del artista fue escasa en Van Gogh, quien no aprendió suficiente sobre la técnica de la acuarela, y su relación terminó abrupta e irreconciliablemente.

En 1883 Vincent empieza a tocar el óleo. Con trazos y pinceladas gruesas y espesas pinta motivos paisajísticos sombríos y, en 1885, pinta su primera gran obra; *Los comedores de patatas*, la cual sin embargo no tendría éxito y sería criticada por su forma por amigos suyos (como Rappard). Este mismo año Vincent se interesa por las xilografías japonesas del *ukiyo-e*, un movimiento que estaba tomando gran fuerza en Europa. Algunos de los autores que más le marcarían y más reproduciría e imitaría serían Katsushika Hokusai, Utagawa Hiroshige, Kesai Eisen y Kitagawa Utamaro. También sería relevante el papel de Peter Paul Rubens en su obra de esta época. Van Gogh se interesaría por el carmín y el verde esmeralda de su obra – colores que integraría en su paleta–, así como las formas femeninas. De hecho es importante la producción de figuras femeninas mediante modelos que haría Vincent durante estos años, tomando como musa a Sien Hoornik.

A pesar de que el impresionismo ya se había instalado en París años atrás, no fue hasta 1886 que Vincent descubriera dicho movimiento y se interesaría por la teoría del color de Blanc, lo que se observa en su posterior producción, que pierde la sombreadad y genera nuevos efectos visuales por la yuxtaposición de los colores complementarios amarillo, rojo y azul con la mezcla del rojo y el verde, el amarillo y el violeta, y el azul y naranja. A este hecho se unieron sus amigos Camille Pissarro (autor impresionista) y Paul Signac (autor neoimpresionista) quienes le explicarían las nuevas teorías sobre la luz y el tratamiento divisionista de los tonos. Además en 1887 Bernard le introduciría al simbolismo.

Durante su estancia en Arlés en 1888, coincidiendo con una de sus épocas más difíciles (mentalmente hablando) empieza con el simbolismo, donde cambia su trazo por líneas en remolino arrojadas con gran vitalidad.

Todas estas influencias sirvieron a Van Gogh para romper con el academismo, y hacer de la pintura la impresión de sus sentidos. Descubriendo una nueva percepción de la luz y el color por medio de la intensidad y simplicidad de su trazo.

Según USA Today Magazina (2006) Van Gogh también estuvo influenciado por Rembrandt van Rijn (de quién tomó el uso del rojo), Eugène Delacroix (de quien adoptó la línea expresiva), Honoré Daumier, Jean Clouet y Paul Cézanne.

Por su parte Van Gogh buscó impresionar a Gauguin, un autor cuyo estilo era antagonista al suyo pero cuya aprobación tanto ansiaba.

4. Enfermedad y trayectoria

Es evidente que con la mera observación de la obra de Van Gogh es suficiente para identificar la importante y contrastada evolución de su arte. Sin embargo no basta para entender el motivo de esa evolución. Es por ello que en este apartado no solo mostraremos algunas de sus pinturas y dibujos, sino que también haremos matizaciones sobre el estado psicológico, las influencias y la época en la que se encontraba el pintor.

4.1. *El sembrador (1881); La Pena (1882) y Los comedores de patatas (1885)*

Durante 1880 hasta 1886 la producción de Van Gogh tiene un carácter oscuro y penumbroso. El artista, quien se había autoexiliado a Bruselas ante su fanatismo religioso, tomó como referente al realista Jean-François Millet, con lo que la mayoría de su obra durante su estancia en Bruselas trata motivos rurales; granjeros, campesinos y campos. Su obra pretende desmitificar las idealizaciones del cuerpo, las riquezas y la felicidad. Vincent quiere llevar la verdad a los ojos de los demás, y ser felicitado por ello. Con sus obras realistas pretende sensibilizar, por lo que le es de menester utilizar modelos que le permitan apreciar esa verdad. Expresar sus rostros, su vida y su figura.

No es hasta 1881 que Theo consigue que Vincent utilice la acuarela, con lo que la técnica empleada por Van Gogh hasta esa fecha es el dibujo, que continuará utilizando predominantemente hasta 1884. A partir de este año empieza a explorar el óleo, tomando dicho método como su técnica principal de 1885 hasta su muerte.

Figura 6. El sembrador (1881)



Figura 7. Pena (1882)



Fuente figuras 6 y 7: Naifeh y White Smith (2012)

Como podemos observar la figura 6 se corresponde a lo mencionado hasta el momento. No obstante, la figura 7, se relaciona con otros de los temas recurrentes en la primera época de Van Gogh; la ilustración de las emociones humanas.

Van Gogh, quien era incapaz de pintar de memoria, utilizó modelos (en su mayor parte prostitutas) en sus obras, siendo su musa más representativa Sien Hoornik, con la que mantendría su relación amorosa más larga.

Esta época fue especialmente oscura para Van Gogh, quien se sentía rechazado por su familia, su hermano, Kee Vos, Mauve y un Dios al que había acudido en busca de consuelo, amor y perdón. Se encontraba solo y despreciado por el mundo tras una época de radicalismo religioso y descuido de sí mismo (quizás nos encontremos con las primeras manifestaciones de su enfermedad, las cuales se caracterizaron por el abandono de sí; escasa alimentación y nula higiene, además de los primeros estados melancólicos). De ello y, no solo debido a las influencias de Millet, que su obra sea particularmente oscura y no armónica. Un 'atentado' a la estética de la época.

Figura 8. Los comedores de patatas (1885)



Fuente: Van Gogh Museum (Amsterdam)

Los comedores de patatas es un lienzo de crítica social en el que Van Gogh utiliza la técnica del claroscuro y formas 'deformadas' y caricaturescas. Con esta pintura Vincent pretendía mostrar la humildad y la naturaleza de la vida campesina.

He puesto mi mayor empeño en que, al contemplar el cuadro, se piense que esa gente bajo la lámpara, que come sus patatas metiendo las manos en el plato, ha trabajado también con esas manos la tierra; mi cuadro exalta, pues, el trabajo manual y el alimento que ellos mismos se han ganado con toda honestidad... Pero el que prefiera ver aldeanos almidarados, allá él con sus pensamientos (Vincent van Gogh en Rey, 2015 p. 60)

Los comedores de patatas tiene un papel muy representativo en el reconocimiento artístico de Van Gogh, puesto que fue la primera obra de éxito del artista – aunque sin éxito–. Fue enormemente criticada por el círculo artístico, incluyendo amigos del artista. Lo que supuso la enemistad de Vincent con Ridder van Rappard. Van Gogh manifestaría en aquella época; «Lo que deseo es que mi obra guste a la gente [...] ¡Es tan maravilloso cuando te das cuenta de que hay otros que realmente perciben algo de lo que has querido transmitir!» (Naifeh y White Smith, 2012 p. 305). Sin embargo también diría de su obra «No tengo ni idea de cómo los he pintado» (Naifeh y White Smith, 2012 p. 300). Aún no era el momento para que alguien apreciara aquello que Vincent quería transmitir; su voz interior y su propia percepción del mundo.

Durante 1885 y hasta 1886 la obra de Vincent sería básicamente pintura al óleo. Nada apreciada por su ‘aberrante’ forma y su color, que seguía alejándose del realismo que se demandaba.

4.2. Mujer en el Café du Tambourin (1887); El dormitorio en Arlés, Los girasoles, y Terraza de café por la noche (1888); La noche estrellada, La Iglesia de Auvers-sur-Oise y Ramas de almendro en flor (1890)

En 1886 un Van Gogh enfermo y frecuentador de los suburbios, se había empezado a relacionar con artistas marginados. Creía que aquel era el ambiente genuino de los artistas, que desde su punto de vista debían ser libres para crear un estilo propio lejos del academicismo. Probablemente esta visión “idealizada” y distópica que tenía del artista surgió como un mecanismo de defensa ante sus estrepitosos y continuos fracasos. Van Gogh deseaba ser más que nada un artista amado y reconocido, que gozara de buen nombre y el cariño y la simpatía de todos. No obstante era incapaz de generar ese respeto, y lo único que conseguía con sus fanáticos intentos de socialización era disgustar a los demás, quienes veían de él un “personaje” desagradable, rudo, desaliñado y de comportamiento extraño.

Se influenció por Camille Pissarro y Paul Signac, quienes le descubrieron no solo el Impresionismo, sino también la teoría de la percepción del color de Johann Wolfgang von Goethe, la teoría del color de Michel Eugène Chevreul, y las teorías de luz y color del crítico de arte Charles Blanc (Naifeh y White Smith, 2012). Con ello aprendió a yuxtaponer colores intensos y confrontados y a eliminar la negrura del arte de su época anterior. Por lo que sus obras se llenarían de una luminosidad que influiría en su posterior creación. Así fue como Van Gogh empezó a pintar a base de color y pinceladas. Había creado un nuevo arte por el que reproducía de forma original aquello que veían sus ojos. De ello diría «quiero pintar lo que siento y sentir lo

que pinto»²³. Pero el reconocimiento seguía sin llegar. Vincent veía su objetivo de ganarse la vida con el arte cada vez más lejos.

Por lo que parecía Vincent había dejado atrás el melancolismo. Sin embargo, habiendo leído su biografía sabemos que los momentos de mayor tristeza aún estaban por llegar. Esto nos puede llevar a suponer que el artista empezara a expresar esa tristeza de una forma distinta; mediante el color y no solo con figuras distorsionadas. Probablemente su entrada en el mundo impresionista se debiera al objetivo que buscaba esa corriente; plasmar las impresiones visuales tal cual lo veían. Esto le permitiría pintar el momento directamente, sin tener que pensar ni preparar la base o el lienzo antes de empezar la pintura. De tal modo que con su arte pintaba lo que veía y lo que sentía en el momento preciso. Su arte sería como si hiciera una fotografía a sus pensamientos.

Figura 9. Mujer en el Café du Tambourin (1887)



Figura 10. El dormitorio en Arlés (1888)



Fuente figuras 9 y 10: Van Gogh Museum (Amsterdam)

Van Gogh también estuvo influenciado por Peter Paul Rubens, el eterno pintor de la figura femenina. La imagen *Mujer en el Café du Tambourin* pone de manifiesto dicha influencia. Ya que Van Gogh no solo admiraba a Rubens por su dominio del cuerpo y la imagen femenina, sino también por el uso del carmín y el verde esmeralda, colores que incluiría en su paleta. Además la figura 9 pretende resaltar el

²³ Naifeh y White Smith (2012, p. 417).

exótico atractivo de las xilografías de la pared y el excéntrico peinado de la modelo; Agostina Segatori, de quien Vincent reconocería:

Nunca recibí una ayuda tan eficaz [por parte de un modelo] como de esta mujer fea y ajada. Para mi es hermosa, y encuentro en ella precisamente lo que necesito. La vida pasó sobre ella, y el sufrimiento y un destino adverso la dibujaron; ahora puedo yo hacer algo con ella. Cuando la tierra no está arada, nada puedes sembrar en ella. Esa mujer está arada... por eso encuentro más en ella que en una multitud de mujeres intactas²⁴

Cabe destacar de esta obra, que la pintura fue realizada durante una época en la que el autor frecuentaba el círculo artístico marginal. Su salud estaba fuertemente deteriorada por la sífilis y algunas de sus obras se podían ver expuestas en Le Tambourin; centro neurálgico de la bohemia artística. Probablemente todos estos hechos (la enfermedad, las malas amistades, el nulo éxito, etc.) influyeron en su producción, la cual empezó a ser más distorsionada que de costumbre, lo que relacionaríamos con la dificultad de tener pensamientos claros y nítidos, fruto de la enfermedad. La cual le iba deteriorando poco a poco.

Vincent pintó su habitación en el Café de Arlés. Un cuadro del que hizo tres versiones prácticamente idénticas (cambia la tonalidad del color y las dimensiones de la imagen). “esta vez se trata solo de mi dormitorio... La versión del cuadro debe hacer descansar la mente o, más bien, la imaginación... [...] solamente el color debe hacerlo todo... sugerir sueño o reposo en general” (Vincent van Gogh en Rey, 2015 p. 118). Intencionalmente Van Gogh distorsionó el tamaño de los objetos, alterando así la perspectiva de la habitación. No obstante, esta alteración no elimina la perspectiva de profundidad (Rey, 2015 pp. 119-203).

Aunque Van Gogh buscaba plasmar la sensación de ‘descanso’ con su pintura, (probablemente por la necesidad que tenía de estar tranquilo, dejar de sufrir y preocuparse) el lienzo mostraba una ‘prisión’ en la que no se podía vivir, sino resistir. La imagen representa a un hombre que hace mucho tiempo está atrapado en la soledad. Sin quererlo y esperando plasmar un deseo no había hecho nada más que plasmar sin darse cuenta lo que sentía; una soledad y desesperación extrema. estaba encerrado en un cuerpo que no entendía y no podía liberarse de aquellos sentimientos que tanto le angustiaban; fracaso, soledad, nostalgia y melancolía.

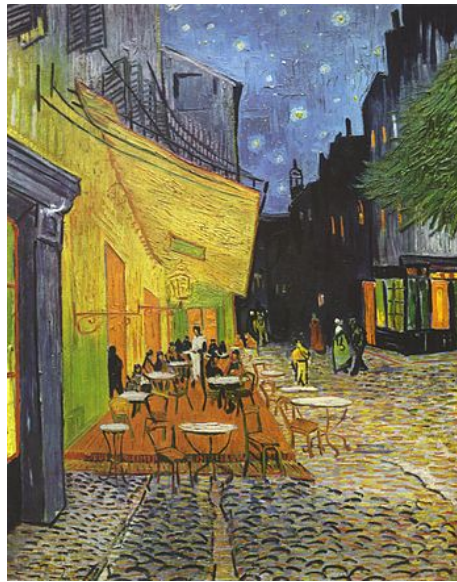
²⁴ (Rey, 2015, p. 71)

Figura 11. Los girasoles (1888)



Fuente: Van Gogh Museum (Amsterdam)

Figura 12. Terraza de Café por la noche (1888)



Fuente: Museo Kröller-Müller (Otterlo)

La imagen de *Los girasoles* simboliza su etapa en Arlés. Mediante la combinación de distintos tonos de amarillo y naranja, Vincent simboliza sus emociones; brillantes en algunos momentos, oscuras durante épocas decadentes (Rey, 2015 p. 116), lo que pretende reflejar su personalidad dual; melancólica tantas veces (cuando descuidaba su imagen y no comía), hipomaníaca algunas otras (cuando tenía impresiones de un futuro prometedor o fanatismo religioso). La técnica empleada; pinceladas continuas y rápidas, responde a sus antiguas afirmaciones “hay algo que me impulsa a no tener demasiada delicadeza” (Vincent van Gogh en Naifeh y White Smith, 2012 p. 277). Probablemente esto se relacione con la desinhibición propia de individuos esquizofrénicos y creativos: no hay control, y si lo hay es difícil conseguirlo. Vincent buscaba producir obras frenéticamente. Se dedicaba a dibujar una y otra vez el mismo dibujo hasta encontrar la viva imagen de lo que deseaba plasmar. Sin embargo él mismo afirmaba que ninguna de sus obras estaría jamás terminada. Con su producción de los girasoles también afirmaría “Yo busco ahora exagerar lo esencial. No quiero reproducir exactamente lo que tengo delante de los ojos, sino que me sirvo arbitrariamente del color para expresarme con más fuerza” (Rey, 2015 p. 73). Vincent deseaba expresar lo que sentía para llegar a los demás. Quería ser amado y reconocido como artista; «Quiero llegar al punto en que la gente diga de mi trabajo: “Este hombre siente profundamente”» (Rey, 2015 p. 85). Por lo que ya en 1878 diría “Debe ser magnífico morir sabiendo que has realizado una obra auténtica. Y saber que, por consiguiente, vivirás en la memoria de al menos unos pocos y serás un buen ejemplo para los que vengan detrás” (Naifeh y White Smith, 2012 p. 197).

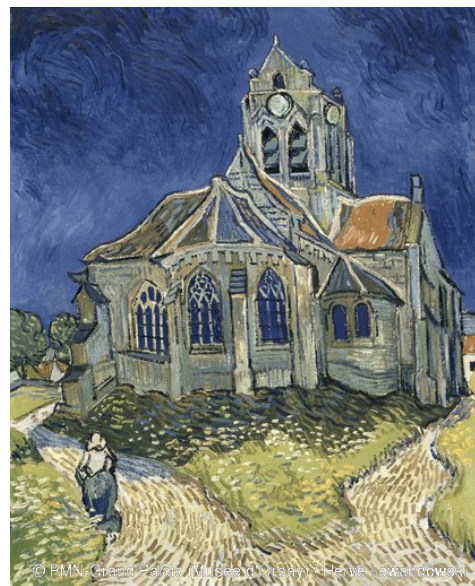
“Aquí tienes un cuadro nocturno sin negro, sólo con un bello azul, con violeta y verde; en este ambiente la plaza iluminada se tiñe de un pálido amarillo azufre y un verde limón” (Vincent van Gogh en Rey, 2015 p. 107). La imagen *Terraza del café de la Place du Forum en Arlés por la noche*, fue la primera obra en la que Van Gogh empleó un fondo estrellado. El autor utilizó la contraposición de colores complementarios azul-violeta y naranja-amarillo para iluminar la noche. Esta sería una técnica que emplearía también en su estancia en Saint-Rémy, y que mostraría que Van Gogh había aprendido que los colores son cálidos o fríos en virtud de su contraste con otros colores (Rey, 2015 p. 108).

Figura 13. La Noche Estrellada (1889)



Fuente: Museum of Modern Art (Nueva York)

Figura 14. La Iglesia de Auvers-sur-Oise (1890)



Fuente: Musée d'Orsay (París)

Como hemos comentado con anterioridad, son frecuentes los lienzos en los que Vincent plasmó noches estrelladas. “A menudo me parece que la noche es mucho más viva y rica en colores que el día”, decía (Rey, 2015 p. 113).

Mirar las estrellas siempre me hace soñar, como sueño al contemplar los puntos negros que representan a pueblos y ciudades en un mapa. ¿Por qué, me pregunto, los puntos brillantes del firmamento no son tan accesibles como los puntitos negros del mapa de Francia? (Rey, 2015 p. 112).

Van Gogh se había introducido en el simbolismo –de la mano de Bernard– apenas llegar a Arlés. Estilo artístico que empleó para simbolizar su deterioro psicológico y estado anímico arrojando la impresión de sus sentidos en sus obras. Y cambió su trazo por líneas en remolino arrojadas con gran vitalidad.

Para realizar *La Noche Estrellada* también utilizaría la genuina intensidad y simplicidad del trazo de su última época. Lo que le permitiría evocar su nueva percepción de la luz y el color; vehículo de sentimientos y emociones. Sin embargo no nos puede ser indiferente la escenificación de cipreses en las obras realizadas en Saint-Rémy (la figura 13 pertenece a esta estancia), el trazo crispado y nervioso a modo de descarga de su tensión interior y, la visión de una realidad distorsionada. “Sus problemas psíquicos hacen que su pintura sea cada vez más exaltada, reflejo de su atormentada vida interior” (Rey, 2015 p. 147).

Tengo un cuadro más grande de la iglesia del pueblo -un efecto en el que la construcción parece ser violeta contra un cielo de simple azul oscuro, cobalto puro; las ventanas parecen como manchas de azul ultramar, el tejado es violeta y en parte anaranjado. Al fondo, florecen algunas plantas verdes, y arena con el reflejo rosa del sol. Y otra vez más es casi la misma cosa que los estudios que hice en Nuenen de la vieja torre y el cementerio, sólo que probablemente ahora el color es más expresivo, más suntuoso (Naifeh y White Smith, 2012 p. 661).

La Iglesia de Auvers-sur-Oise es uno de los últimos lienzos al óleo realizado por el artista, en el que intenta plasmar un doble origen; el natural y el sobrenatural.

La Iglesia y el cielo –a diferencia del resto de los caminos– están delimitados por un azul intenso, y la Iglesia es causante de su propia sombra. No refleja luz por ella misma. Quizás Van Gogh quería simbolizar el abandono que sentía por Dios tras sus continuos fracasos al buscarlo, y la luz de los caminos con una mujer paseando por ellos –dándole la espalda a la Iglesia– pretendería simbolizar la esperanza de encontrar luz en algún lado distinto al manto de Dios.

Por las palabras de Vincent: “Mientras estaba enfermo hice algunos pequeños lienzos de memoria [...] en recuerdo del norte” (Naifeh y White Smith, 2012 p. 657), sabemos que este cuadro fue realizado como una de las muchas reminiscencias a su siempre nostálgica infancia.

Figura 15. Ramas de almendro en flor (1890)



Fuente: Van Gogh Museum (Amsterdam)

En 1883 Van Gogh se sumó a la moda Europea de las xilografías japonesas;

Envidio la extrema claridad con la que los japoneses hacen sus obras. Nunca resulta aburrido y nunca parece que haya prisa. Es tan sencillo como respirar y hacen una figura con un par de trazos certeros con la misma facilidad con la que coserían un botón [...] Con ojos japoneses se ve más; se siente el color de un modo distinto (Vincent van Gogh en Rey, 2015 pp. 85 y 105).

No obstante, la imagen *Ramas de almendro en flor* fue realizada en 1890, cuando Van Gogh estaba instalado en Arlés, su ciudad favorita. Un lugar que veía sencillo y bello como el presentado por las estampas japonesas (Rey, 2015). Van Gogh admiraba la intensidad del colorido del arte y la técnica japonesa. Además de la calma que transmitía su trazo; muy distinta a su estilo frenético y caótico de su personalidad.

Mis pinceladas son asistemáticas. Golpeo el lienzo con toques de brocha irregulares que dejo tal cual. Zonas de gruesas capas de color, puntos de lienzo que quedan sin cubrir, aquí y allá partes totalmente inacabadas, repeticiones, encarnizamiento: en definitiva, me inclino a pensar que el resultado es tan inquietante e irritante como para ser una bendición para aquellos que tienen idas preconcebidas sobre la técnica (Vincent van Gogh en Naifeh y White Smith, 2012, p. 532)

Para el autor la naturaleza era un rayo de esperanza ante tanto sufrimiento. Por ello le gustaba pasar largas horas solo en el campo, y mostrar todos los detalles que había en él. Motivo por el que no solo se interesó por imágenes como el *Almendro en flor*, sino también en temas primaverales como los lirios, muy recurrentes en su arte. Es significativo que esta obra la realizara en 1890 cuando parecía que Van

Gogh había conseguido serenarse y se había relajado (aunque moriría ese mismo año en extrañas circunstancias, así que no podemos afirmar un suicidio). De tal modo que debemos considerar que había mejorado su condición psíquica y anímica. Probablemente por haber conseguido el reconocimiento que creía que tanto merecía, y a volver a estar con Theo.

4.3. Distintos autorretratos (1886 – 1889)

Quizás el modo más sencillo para evidenciar la profunda evolución psíquica y artística de Van Gogh sea a través de la observación y el análisis de algunos de sus autorretratos. Los cuales, cada vez, muestran a un Vincent muy distinto.

Figura 16. Autorretrato (1886)



Figura 17. Autorretrato (1886 - 1887)



Fuente figuras 16 y 17: Van Gogh Museum (Amsterdam)

Tanto la figura 16 como la 17 pertenecen al estilo prístino del artista: de base realista con tonalidades oscuras y opacas. Fueron realizadas durante su estancia en Londres; probablemente para mostrar a Anna van Gogh el estado en el que se encontraba. Con lo que pretendieron ser imagen de elegancia y saber estar. No reflejan el estado psíquico del artista, sino que esconden su condición anímica y mental, la cual empezaba a estar bastante mermada. Vincent sufría por no conseguir lo de que él esperaba Anna; un trabajo exitoso, amistades ventajosas y un comportamiento adecuado. Además la exiliación a Londres le supuso una humillación y un rechazo que jamás superaría. Vincent se dedica a pintar pues, la imagen que los demás querían que el tuviera, aunque ya vemos en la imagen 16 una ligera distorsión no armónica del rostro.

A continuación, las figuras 18, 19, 20 y 21, muestran a un Van Gogh muy distinto. El artista utiliza colores vivos, brillantes y vibrantes para representar la emotividad de la escena desde su perspectiva. En estas imágenes ya no pretende 'simular' un estado, sino plasmar aquello que siente.

Figura 18. Autorretrato (1887)



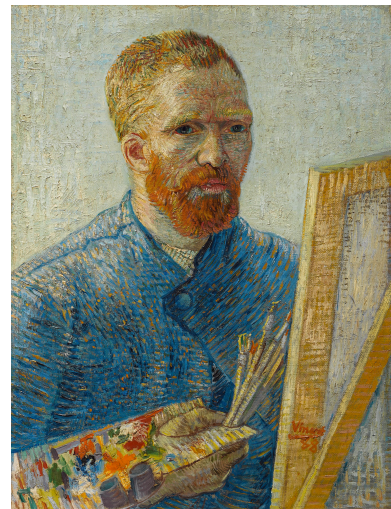
Figura 19. Autorretrato (1887)



Figura 20. Autorretrato con sombrero gris de fieltro (1887)



Figura 21. Autorretrato frente al caballete (1887-1888)



Fuentes figuras 18, 19, 20 y 21: Van Gogh Museum (Amsterdam)

Si la llegada de Van Gogh a París en 1886 le supuso el descubrimiento y agrado por el Impresionismo, es lógico que su obra se viera terriblemente influenciada por ese 'nuevo' estilo artístico lleno de colorido con el que pretendía expresar sensaciones, emociones y simbolismos.

Para un pintor, lo único verdadero son los colores. Un cuadro no representa ante todo y no debe representar, nada más que colores. Historia, psicología, etc., se inmiscuyen a pesar de todo, porque los pintores no son estúpidos. Existe una lógica del cerebro. Cuando se pierde en ésta también él está perdido. Con los ojos tiene que perderse. La pintura es una óptica, y el contenido de nuestro arte reside en primer lugar en lo que piensan nuestros ojos (Vincent van Gogh en Rey, 2015 p. 16)

Desde 1887 hasta la fecha de su muerte el arte de Vincent tomó un rumbo muy distinto al de su primera época. La muerte de Dorus en 1885 le había cambiado de algún modo: le hacía sentir más miserable, culpable y nostálgico. Sin embargo, la repentina amistad de su hermano había arrojado ciertas esperanzas en él. Alguien le amaba y le admiraba. No obstante, tras la infección de sífilis de Theo Vincent renunció a esa fraternidad. Esta vez se autoexiliaba porque por primera vez comprendía que era fuente de daños de aquellos a quienes quería. Durante este proceso la obra de Van Gogh es espontánea y feroz. Los sentimientos están a flor de piel y salen a la superficie a borbotones que no pueden ser contenidos. Sin embargo los colores son bastante claros, lo que difiere de los cuadros que veremos posteriormente. Lo que nos sugiere que Vincent sentía bastante serenidad cuando los pintó, y probablemente no tenía muchos o ningún delirio. Sin embargo es importante tener en cuenta que las primeras imágenes (18, 19, 20 y 21) fueron hechas antes de que Vincent fuera a la Casa Amarilla. En cambio las que continúan (figuras 22 y 23) fueron realizadas en su estancia allí, lo que demostraría la alteración de la psique provocada por una hermandad idealizada, la envidia hacia Gauguin y la boda de Theo.

Figura 22. Autorretrato con oreja vendada (1889)



Fuente: Courtauld Instituto de Arte (Londres)

Figura 23. Autorretrato con venda y pipa (1889)



Fuente: Galería Tate (Londres)

No podríamos acabar el subepígrafe sin hacer especial alusión tanto a uno de los cuadros más famosos de Van Gogh: *Autorretrato con venda y pipa*, como al evento más significativo de su vida; la mutilación del lóbulo de su oreja derecha. Por ello haremos una puntada a las dos imágenes finales (la figura 22 y 23), ambas expuestas en Londres.

Aunque resulta evidente que el artista utiliza la misma indumentaria en ambos lienzos, resulta significativo que ambas imágenes puedan ser tan distintas en su conjunto. Quizás se deba a la técnica empleada por Vincent; pintar directamente sobre el lienzo sin hacer ningún boceto ni estudio previo (Rey, 2015). Pintando con tanta seguridad que jamás retocaba sus pinturas²⁵. Sin embargo no nos puede pasar por alto la gran diferencia en la estructura facial de los retratos. La figura 16 muestra a un Vincent de ojos separados y nariz larga y ovalada, mientras que la figura 17 se caracteriza por presentar un Vincent de nariz recta y orificios prominentes, con unos ojos tristes que dan la sensación de unirse en cualquier momento. Seguramente la deformación del trazo vaya relacionado a un deterioro cognitivo significativo. Tan tantos años enfermo, con hospitalizaciones constantes, fármacos agresivos y corrosivos (como el mercurio para tratar la sífilis), probablemente influyese en su arte. Como la obra de los pacientes con demencia, los cuales tienen un deterioro cognitivo visible y presentan dificultades para hacer una composición visuoespacial correcta, o deforman la figura. Además, tanto la demencia –como hemos visto en el caso del párkinson– como la esquizofrenia, comparten alteraciones dopaminérgicas (ver 2.4. *Bioquímica* p. 40), aunque son alteraciones muy distintas que con tratamiento llevan a los pacientes con talento artístico a cambiar su técnica y a incrementar su producción artística de forma obsesivo-compulsiva.

Cabe mencionar que la mutilación de la oreja se relaciona con el delirio de abandono por parte de Gauguin, y a la llegada de su sobrino. Una felicidad ajena que no era capaz de compartir: le recordaba cuan miserable era y las pocas probabilidades de encontrar el amor atendiendo a los estrepitosos fracasos de sus relaciones anteriores.

Por lo que hace al color, Van Gogh utilizó colores puros como el rojo, el verde y el azul, los cuales –consideraba– daban emotividad a sus pinturas. Al darnos el rojo y el verde intenso sensaciones de exaltación y, conociendo la vida del artista en ese momento, consideramos que Vincent estaba ansioso y sumido a delirios y aluci-

²⁵ Según Naifeh y White Smith Van Gogh no volvía a pintar sobre sus obras una vez secas. Pintaba por encima mientras seguían húmedas, por lo que sus pinturas están cargadas de pinceladas agresivas y gran cantidad de pintura.

naciones mientras los pintaba, ya que su estilo no nos transmite tranquilidad en ningún caso.

Van Gogh fue un celebre defensor y amante de los retratos. “Lo que me apasiona mucho más que todo el resto de mi oficio es el retrato, el retrato moderno. Lo busco en colores, y seguramente no soy el único que lo busca. Me gusta ser capaz de hacerlo, me gustaría pintar retratos que aparecieran después de un siglo y poblaran la vida como apariciones” (Vincent van Gogh en Rey, 2015 p. 25). Por lo que su obra consta tanto de autorretratos como de retratos de modelos, amigos, familiares, médicos, etc.

Mediante estos lienzos Van Gogh mostraba tanto la visión que tenía de sí como informaba a sus seres queridos de su estado. Por eso no es de extrañar que en una misma época y en un mismo momento se pintara de formas contrapuestas. Sin embargo no deja de ser curioso el hecho de que su fisonomía y estructuración ósea diste tanto de un cuadro a otro. Lo que muestra cuanto variaba su autopercepción dependiendo de la situación psíquica en la que se encontrase (aunque también debemos tener presente que en cierto modo su estado físico pudo influir en la percepción y la producción de su imagen). Sin embargo es importante tener en cuenta que Van Gogh no solo pretendía pintar la realidad como la veían sus ojos, sino como la sentía su mente y su corazón, lo que explicaría las diferencias cromáticas de su primera época y la última, así como las variaciones figurativas de una obra a otra.

CONCLUSIONES

La esquizofrenia es una enfermedad de base psicótica y de curso crónico cuyo rasgo principal es la ruptura del individuo con la realidad a través de sintomatología alucinatoria y delirante. Dicha patología afecta tanto a hombres como mujeres en la adultez temprana e interrumpe su ciclo vital. Los enfermos se caracterizan no solo por tener una sintomatología positiva (alucinaciones y delirios tratados con antipsicóticos típicos y atípicos) y negativa (que responde al tratamiento psicoterapéutico y a los antipsicóticos atípicos), sino por poseer una personalidad fría, un razonamiento desestructurado y una personalidad desintegrada, y tener conductas impredecibles. Además es significativo el malestar psicológico y social que provocan dichas alteraciones, tanto al individuo como a los familiares, quienes se acaban alejando de una comunidad que no les comprende. Por todo ello –además de la presencia de una etiología biológica y ambiental en su surgimiento–, el tratamiento para dicho trastorno debe ser de tipo multifactorial. Atendiendo así a las necesidades neurológicas, psicológicas y sociales. Sin embargo, es imprescindible conocer la etapa del trastorno para poder ofrecer el mejor tratamiento, ya que aunque ni el internamiento ni la terapia social son los mejores tratamientos, pueden ser a veces necesarias. Asimismo la psicoterapia se utiliza cuando se ha conseguido controlar –en cierto modo– la sintomatología primaria de la enfermedad. En orden a establecer un *insight*, conseguir la recuperación funcional y, mejorar de las relaciones sociales.

Por todo lo expuesto, además de las distintas formulaciones teóricas que se han venido habiendo con Kaepelin, Bleuer, Schneider o Crow, resulta difícil hablar de la esquizofrenia dada su gran complejidad. La eclecticidad de dichas formulaciones teóricas demuestra nuevamente la dificultad que hemos tenido –y seguimos teniendo– para llegar a un consenso en su definición y esclarecer su etiopatogenia.

Como dice Dahlia (2014) los artistas crean sus obras espontáneamente, como vivo reflejo de su pensar. De tal modo que el arte no deja de ser un lenguaje, así que no se aleja de su función inicial –un sistema de comunicación entre grupos sociales–. Entonces, ¿existe una estrecha relación entre el arte, la emoción, la comunicación y el crecimiento personal? Delannoy (2011 p. 5) manifiesta que “los artefactos artísticos son la manifestación de un deseo humano sensible de expresarse estéticamente y con libertad”. Por medio de la obra artística (musical, pictórica, escultórica, etc.) el hombre se desarrolla intelectual y espiritualmente y, dialoga y comunica sus emociones subjetivas de tal modo que las hace comprensibles para el espectador. Citando a John Dewey, Hans-Georg Gadamer, y Suzanne Langer, Delannoy (2011) manifiesta que el arte es una forma de autoconocimiento y autocomprensión

que permite crear formas simbólicas del sentimiento humano. Además “el arte es el medio por el cual el individuo enriquecido por la experiencia estética, puede ejercer una crítica de la sociedad contemporánea”²⁶ y, resistir así a la invasión de una cultura masificada y estandarizada. Todas estas afirmaciones serán esenciales para comprender cuantiosa valía tuvo la obra de Van Gogh para sí, y el valor del legado que nos dejó.

Delannoy (2011) considera que el arte favorece al desarrollo integral del individuo proporcionándole equilibrio mental:

La practica formal y regular de un arte puede consolidar una conexión más profunda entre la corteza cerebral y el sistema límbico –el sistema de las emociones que regula los estados afectivos del individuo–, y puede ayudar a vivir plenamente nuestra subjetividad [...] el arte estimula la epigénesis, un lento proceso de cambios orgánicos en el cerebro y el cuerpo a través de la producción de neuronas y dendritas y las conexiones entre ellas (Delannoy, 2011, p. 6).

Después de lo expuesto deducimos que ante los estímulos feos y los bellos se activan las mismas áreas cerebrales, así que no existe un centro especializado en la belleza y otro en la fealdad. También deducimos que los sujetos creativos son vulnerables a padecer los mismos trastornos y lesiones cerebrales que los no creativos, pero la manifestación de sus síntomas suele ser más florida si se observa su producción artística (de aquí la idea de “el genio-loco”). También es importante tener en cuenta que los artistas con algún padecimiento mental o lesión cerebral puede que tengan una producción artística muy rica debido a los efectos de esas alteraciones, lo que lleva a los críticos a hacer valoraciones positivas (Instituto Tomás Pascual Sanz, 2011). No obstante debemos tener claro que existen artistas de todo tipo; algunos excesivamente creativos (como ocurrió con Vincent van Gogh), otros moderadamente creativos y otros muy poco creativos (Dahlia, 2014).

La prolífera obra y dramática vida de Vincent van Gogh nos ha servido para ver y “palpar” con nuestros propios ojos la evolución de la esquizofrenia, además de comprenderla –en cierto modo– por las emociones que ha despertado en nosotros su arte. Así, hemos intentado “introducimos” en su mente para comprender su sentir y su enfermedad, de un modo más real y más sencillo que por medio de una narración. Las obras, pues, nos han permitido “intuir” la influencia de su enfermedad en su producción artística, la cual manifiesta el dolor interno que sentía Vincent. Dicho dolor se relaciona además a la influencia de las alteraciones físicas y químicas pro-

²⁶ Theodor Adorno en Delannoy (2011 p. 6)

pias de su enfermedad: la esquizofrenia. Además, los fragmentos de escritos hechos por Van Gogh que aparecen por todo el trabajo nos permiten comprender mejor tanto el obra como la esquizofrenia, e interpretar, así, sus lienzos.

La importancia de la obra de Van Gogh entonces, reside en plasmar sus sentimientos y emociones en sus pinturas, y no tanto en mostrar su percepción del mundo. Su arte es relevante por el efecto visual que consigue a base de colores expresivos, figuras deformadas y perspectivas erróneas, lo que le permite manifestar este “hipersentimentalismo” descrito por Aurier. Sin embargo el uso de la biografía y la obra del artista para entender la enfermedad no reside únicamente en la observación de su arte para interpretar el sentimentalismo, sino también en reprobando los artículos que hemos ido mencionando. Así, la importante carga genética del artista además de la ambiental (el comportamiento de su familia, especialmente de su madre), ratifican que existe una etiología multifactorial en su enfermedad. Además, la este trabajo puede ser una herramienta de ayuda para el diagnóstico de la esquizofrenia y conocer su trayectoria.

Una vez analizada la esquizofrenia separadamente del arte y de la vida de Van Gogh debemos unir todo aquello que hemos observado para poder dar respuesta, así, a las hipótesis que nos habíamos planteado al inicio: (1) que exista un nexo neurológico y estructural entre esquizofrenia y la habilidad artística, (2) que la unión de la esquizofrenia con las altas capacidades artísticas confluya en una expresión artística potente, feroz, altamente creativa y surrealista, y (3) refutar la creencia arraigada de que genialidad es sinónimo de trastorno mental.

A pesar de que nos gustaría responder a las tres hipótesis separadamente para poder evidenciar los resultados obtenidos y dar una respuesta clara a cada una de las ideas, nos resulta imposible dar resolución a cualquiera de las hipótesis sin hacer mención o dar solución a otra a su vez. Por ello, vamos a hacer una síntesis, a modo aclaratorio, de todo lo que hemos observado con dicha investigación.

La desinhibición es un nexo común entre individuos creativos y esquizofrénicos, lo que podría explicar la estrecha relación entre la esquizofrenia y el arte. Según lo visto, dicha desinhibición es resultado tanto de un funcionamiento atípico del lóbulo frontal, como de la implicación del sistema dopaminérgico y el serotoninérgico (aunque hay otros sistemas implicados estos son los que toman mayor parte). Además, la creatividad no se debe únicamente al hiperfuncionamiento del hemisferio creativo (aunque se ha observado que los individuos altamente creativos tienen un mayor funcionamiento del hemisferio derecho), sino a la implicación y las interrelaciones de ambos hemisferios, sin los cuales ningún proceso se daría adecuadamente. Por otro lado, es importante tener en cuenta que el artista no tiene que ser un

individuo creativo, aunque lo es en mayor parte, puesto que el nuevo arte expresivo, transformador y transgresor demanda dicha creatividad. Además se ha visto que la noción que tenemos de “genio loco” responde al perfil de un sujeto con una prolífera creatividad, la cual resulta inalcanzable por la mayor parte de la población (como ocurrió con la obra de Van Gogh). Asimismo, la unión de una enfermedad que provoque alteraciones neurológicas de tipo psicótico (con visiones alucinatorias y delirantes que de por sí ya puedan generar un producto transgresor) unida con altas capacidades artísticas, confluje en una expresión artística potente y feroz altamente creativa y surrealista. Sin embargo como diría Rodríguez (2011) no todos los enfermos mentales son creativos.

Por último es importante hacer una reflexión sobre la relevancia del arte –en todos sus ámbitos– como método de diálogo entre el terapeuta y el paciente, ya que permite al enfermo expresarse en imágenes en lugar de palabras, algo que facilita la comprensión al “mentalmente sano” y la expresión de la problemática por el enfermo. Por ello la pintura, la danza, la escultura, la escritura, la música y la producción visual son métodos que podrían y deberían –a nuestro parecer– ser utilizados como técnicas terapéuticas, y conocemos infinitas obras que han sido alardeadas por la genialidad de su expresión y transmisión de simbolismos en ellas, lo que no produce más que admiración tanto en los admiradores del arte como los que no somos entendedores.

Así pues no podemos negar la funcionalidad del arte como método terapéutico y comunicativo. De hecho, y a pesar de no ser una práctica muy reconocida, España está empezando a descubrir la utilidad del arte en la enfermedad psiquiátrica. Por ello se están introduciendo técnicas y prácticas arte-terapéuticas en los Centros de Día, además de estarse abriendo las puertas académicas en este ámbito, que antes se limitaban en países anglosajones o francófonos.

Finalmente es necesario sugerir alguna mejora para una futura investigación. A pesar de nuestra satisfacción al responder a las hipótesis iniciales, debemos sugerir para un próximo trabajo la posibilidad de estudiar el impacto del arte-terapia en la esquizofrenia, además de estudiar la implicación de las estructuras visuales en la apreciación estética.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª edic.) (pp. 87-109) Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- Britto Leite, M. J. (2011). Arte, experiencia espacial y neuroestética. *Elementos: Ciencia y Cultura*, 83, pp. 3-7).
- Carreño P. (2014). Estudio anatómico-radiológico de las estructuras encefálicas implicadas en las afasias mediante técnicas de neuroimagen de última generación (Tesis doctoral: Universidad de Salamanca, 2014). Estudio anatómico-radiológico de las estructuras encefálicas implicadas en las afasias mediante técnicas de neuroimagen de última generación, pp. 17-19.
- Courtauld Institute of Art. *Self-portrait with Bandaged Ear*. Recuperado el 21 de Abril de 2016 de <http://courtauld.ac.uk/gallery/collection/impressionism-post-impressionism/vincent-van-gogh-self-portrait-with-bandaged-ear>.
- Delannoy, L. (2015). Neuroartes: artes para la salud. *Instituto de Neuroartes*.
- Díaz, M. (2004). Análisis de la personalidad y de los trastornos psicopatológicos del pintor jerezano Carlos González Ragel a través de su pintura (Tesis doctoral, Universidad de Cádiz, 2004). Análisis de la personalidad y de los trastornos psicopatológicos del pintor jerezano Carlos González Ragel a través de su pintura, pp. 16-22.
- Flaherty, A. W. (2011). Brain illness and creativity: Mechanisms and treatment risks. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(3), 132-143.
- Hare, E. H. (2002). *El origen de las enfermedades mentales* (pp. 29-39, 143-241). Madrid: Triacastella.
- Instituto Tomás Pascual Sanz (2011). Bases biológicas de la creatividad. El enfoque desde la neuroestética. Recuperado el 21 de Marzo de 2016 de <http://www.institutotomaspascualsanz.com/bases-biologicas-de-la-creatividad-el-enfoque-desde-la-neuroestetica/>.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2014). Etiología y fisiopatogenia. *Salud Mental*, 37, S 1-S 38.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2014). Intervenciones psicosociales. *Salud Mental*, 37, S 67-S 83.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2014). Tratamiento. *Salud Mental*, 37, S 39-S 66.
- Jarne, A. y Talarn, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica* (2ª edic.) (pp. 453-506). Barcelona: Herder Editorial.
- Kaplan, R. M. (2008). Being bleuler: The second century of schizophrenia. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 305-311 7p.
- Khashan, A. S., et al. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Arch Gen Psychiatry*, 65, pp. 146-152.

- Krölller-Müller Museum. *Van Gogh gallery*. Recuperado el 21 de Abril de 2016 de <http://krollermuller.nl/en/van-gogh-gallery>.
- Mchugh, P. R. y Slavney, P. R. (2001). *Las perspectivas de la psiquiatría* (2ª edic.) (pp. 109-125). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Musée d'Orsay. Recuperado el 20 de Abril de 2016 de http://www.musee-orsay.fr/es/colecciones/catalogo-de-obras/resultat-collec-tion.html?no_cache=1&zoom=1&tx_damzoom_pi1%5Bzoom%5D=0&tx_damzoom_pi1%5Bxmlld%5D=000755&tx_damzoom_pi1%5Bback%5D=es%2Fcolecciones%2Fcatalogo-de-obras%2Fresultat-collection.html%3Fno_cache%3D1%26zsz%3D9.
- Naifeh, S. y White Smith, G. (2012). *Van Gogh. La vida*. Madrid: Santillana Ediciones Generales.
- Nandia, U., Pati, D., & McCurry, K. (2009). Neuroesthetics and healthcare design. *Health Environments Research & Design Journal (HERD)* (Vendome Group LLC), 2(2), 116-133.
- Netter, F. H. *et al.* (2002). Atlas of Neuroanatomy and Neurophysiology. Selections from the Netter Collection of Medical Illustrations. Recuperado el 25 de Mayo de 2016 de <http://www.slideshare.net/SaniyaSyed/netter-atlas-of-neuroanatomy-and-neurophysiology>
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de kraepelin-bleuler-schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clinica y Salud*, 21(3), 205-219. doi:10.5093/cl2010v21n3a1
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE-10) (10ª edic.). Recuperado el 10 de Febrero de 2016 de http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_pro.html.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Esquizofrenia. Recuperado el 24 de Abril de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
- Rey, A (2005). Vincent van Gogh. Postimpresionismo. Recuperado el 3 de Mayo de 2016 de <http://es.slideshare.net/arelar/van-gogh-46695726>.
- Rodríguez, F.J. (2011). *Contribuciones de la neurociencia al entendimiento de la creatividad humana*. Universidad de Almería. Recuperado el 5 de Mayo de 2016 de <https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/viewFile/36253/35103>.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., & Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 41(1), 52-59.
- Sawa, A. y Zinder, S. H. (2003). Schizophrenia: neural mechanisms for novel therapies. *Mol. Med.* 9(1-2): 3-9.
- Silvestre, M., Ingelmo, J. y García-Ordás A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. Consideraciones sobre la técnica grupal específica para el abordaje de pacientes esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33, pp. 237-238.
- Snowden, A. (2009). Classification of schizophrenia. part one: The enduring existence of madness.

British Journal of Nursing, 18(19), 1176-1180 5p.

Tate. Recuperado el 21 de Abril de 2016 de <http://www.tate.org.uk/art>

Van Gogh Museum. *Search in the collection*. Recuperado el 20 de Abril de 2016 de <https://www.vangoghmuseum.nl/en/search/collection>.

Wikipedia, La enciclopedia libre. Recuperado el 15 de Mayo de 2016 de <https://es.wikipedia.org>.

Zaidel, D. W. (2014). Creativity, brain, and art: Biological and neurological considerations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8

Anexo I

Tabla 4. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia 295.90 (F20.9)

DSM-5
<p>A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Delirios.2. Alucinaciones.3. Discurso desorganizado.4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.5. Síntomas negativos. <p>B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).</p> <p>C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).</p> <p>D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.</p> <p>E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.</p> <p>F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.</p> <p>Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un <i>episodio agudo</i> es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.</p> <p>Primer episodio, actualmente en remisión parcial: <i>Remisión parcial</i> es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.</p> <p>Primer episodio, actualmente en remisión total: <i>Remisión total</i> es el período después de un</p>

episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio; una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119-120).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Fuente: DSM-5

Tabla 5. Criterios del diagnóstico de esquizofrenia CIE-10

CIE-10
<p>Esquizofrenia</p> <p>Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.</p> <p>La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral deben ser clasificados en F06.2, y aquéllos inducidos por sustancias psicoactivas, en F10–F19 con cuarto carácter común .5.</p> <p>Excluye: esquizofrenia: aguda (indiferenciada) (F23.2), cíclica (F25.2), reacción esquizofrénica (F23.2) y trastorno esquizotípico (F21)</p>

F20.0 Esquizofrenia paranoide

En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.

Excluye: estado involutivo paranoide (F22.8) y paranoia (F22.0)

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarios, comportamiento irresponsable e impredecible, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes.

F20.2 Esquizofrenia catatónica

En la esquizofrenia catatónica predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como la hipercinesis y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos períodos. Una característica llamativa de esta afección son los posibles episodios de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con un estado onírico (oneiroide), con alucinaciones escénicas vívidas.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos en F20.0–F20.2, o bien exhiben las características de más de uno de ellos sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular.

Excluye: depresión postesquizofrénica (F20.4), esquizofrenia crónica indiferenciada (F20.5) y trastorno psicótico agudo esquizofreniforme (F23.2)

F20.4 Depresión postesquizofrénica

Episodio depresivo, que puede ser prolongado y que aparece como secuela de un mal esquizofrénico. Puede haber todavía algunos síntomas esquizofrénicos, tanto “positivos” como “negativos”, pero éstos ya no son los que predominan en el cuadro clínico. Estos estados depresivos se asocian con un alto riesgo de suicidio. Si el paciente ya no tiene ningún síntoma esquizofrénico, debe diagnosticarse el episodio depresivo (F32.-). Si los síntomas esquizofrénicos son aún floridos y relevantes, debe mantenerse el diagnóstico en el subtipo correspondiente de esquizofrenia (F20.0-F20.3).

F20.5 Esquizofrenia residual

Estadio crónico del desarrollo de un mal esquizofrénico en el que se haya registrado un claro progreso desde una etapa inicial a otra más avanzada que se caracteriza por síntomas “negativos” de larga duración, aunque no necesariamente irreversibles, entre los que se hallan la lentitud psicomotriz, la hipoactividad, el aplanamiento del afecto, la pasividad y la falta de iniciativa, la pobreza del lenguaje en cantidad y en contenido, la mediocridad de comunicación no verbal (mediante la expresión facial, el contacto visual, la modulación de la voz y la posición), el descuido personal y pobre desempeño social.

F20.6 Esquizofrenia simple

Trastorno en el cual se da un desarrollo insidioso pero progresivo de -comportamiento extravagante, con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general. Los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, el

aplanamiento del afecto, la pérdida de la volición, etc.) se desarrollan sin ser precedidos por ninguna sintomatología psicótica manifiesta.

F20.8 Otras esquizofrenias

Esquizofrenia cenestopática

Psicosis esquizofreniforme SAI

Trastorno esquizofreniforme SAI

Excluye: trastornos esquizofreniformes breves (F23.2)

F20.9 Esquizofrenia, no especificada

Fuente: CIE-10

Anexo II

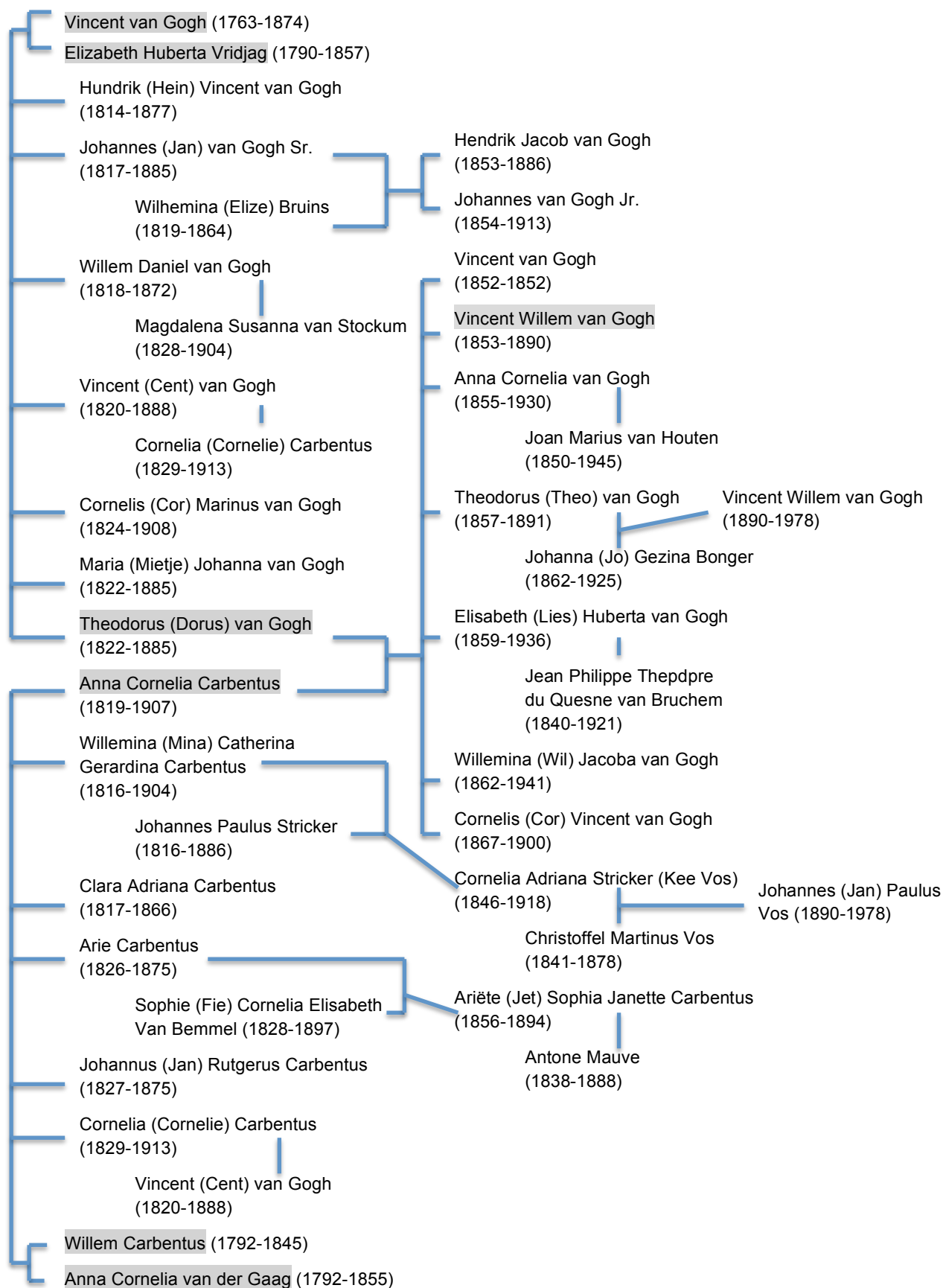
Para comprender mejor el trabajo, la obra y la vida de Vincent van Gogh hemos decidido introducir un anexo en el que se detalle el árbol genealógico del artista, así como la imagen de los individuos y los lugares más representativos de su vida. Además de un mapa con el marco gráfico en el que se movió el artista.

Figuras 24. Mapa del marco gráfico de Vincent van Gogh



Fuente: Elaboración propia en base a Rey (2015); Google maps y Naifeh y White Smith (2012)

Árbol genealógico de las familias Van Gogh y Carbentus



Fuente: Elaboración propia en base a Naifeh y White Smith (2012)

A continuación se presentan las imágenes de algunos de los miembros de la familia Van Gogh más relevantes para dicho trabajo.

Figura 25. Theodorus van Gogh



Figura 26. Anna Cornelia Carbentus



Figura 27. Vincent Willem van Gogh

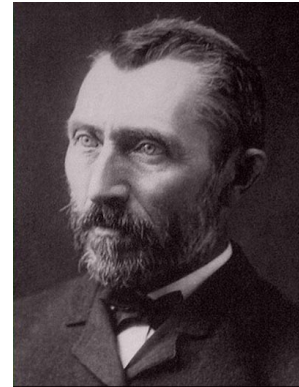


Figura 28. Anna Cornelia van Gogh



Figura 29. Theo van Gogh



Figura 30. Elisabeth Huberta van Gogh



Figura 31. Willemina Jacoba van Gogh



Figura 32. Cornelis Vincent van Gogh



Figura 33. Johannes van Gogh Sr.



Figura 34. Vincent (Cent) van Gogh



Figura 35. Cornelius (Cor) Marinus van Gogh



Figura 36. Anton Mauve



Figura 37. Johanna Gezina Bonger
Con su hijo Vincent



Figura 38. Kee Vos
con su hijo Johannes



Fuentes figuras 25 a 38: Naifeh y White Smith (2012)

A continuación se presentan las imágenes de algunos de los personajes más influyentes en la vida y obra del artista. Siendo algunos de ellos artistas o médicos.

Figura 39. Jean-François Millet



Figura 40. Eugène Henri Paul Gauguin

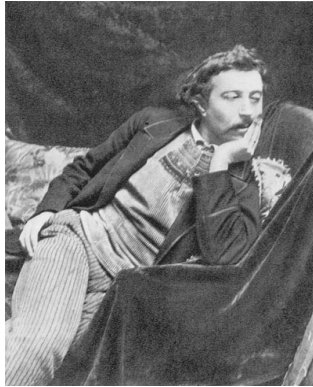


Figura 41. Émile Bernard



Figura 42. Anton Gerard Alexander van Rappard



Figura 43. H. G. Tersteeg

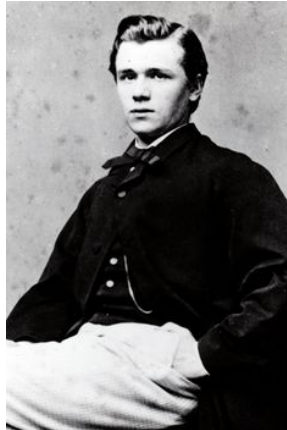


Figura 44. Charles Blanc



Figura 45. Paul Cézanne

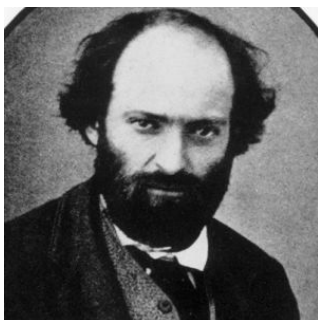


Figura 46. Paul Signac

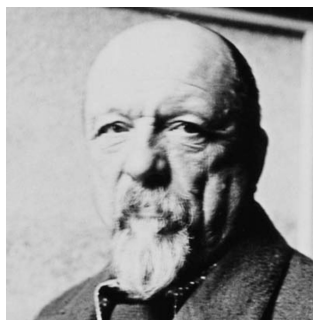


Figura 47. Camille Pissarro

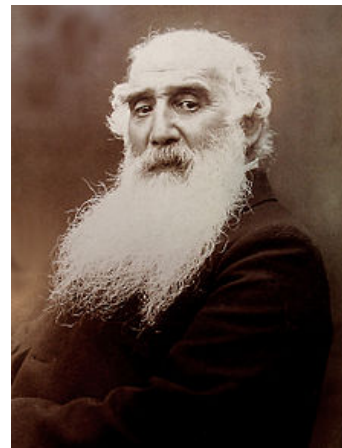


Figura 48. Henri de Toulouse-Lautrec



Figura 49. Eugène Delacroix

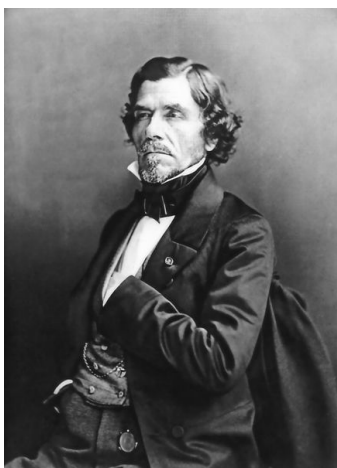


Figura 50. Albert Aurier



Figura 51. Sien Hoornik



Fuente: Van Gogh Museum (Amsterdam)

Figura 52. Agostina Segatori



Figura 54. Doctor Félix Rey



Figura 53. Margot Begemann



Figura 55. Doctor Paul Gachet



Fuentes figuras 48 a 50 y 52 a 55: Wikipedia

En las siguientes imágenes aparecen algunos de los lugares donde vivió Vincent van Gogh. Hostal Ravoux

Figura 56. Rectoría de Zundert (Centro) donde nació Vincent



Figura 57. Iglesia de Zundert



Figura 58. Galería de Goupil (La Haya)



Figura 59. Iglesia y Vicaría de Etten, donde por un tiempo vivieron los Van Gogh. Dibujo realizado por Vincent



Figura 60. Mina de carbón de Marcasse (Bélgica)

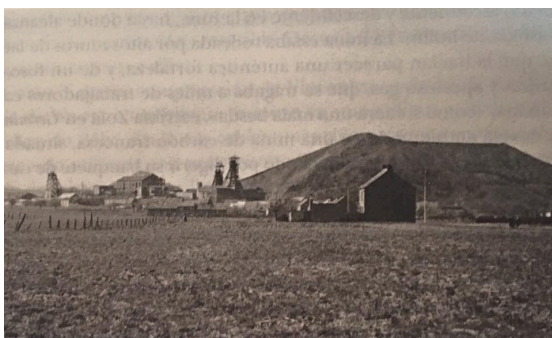


Figura 61. Rectoría de Neunen. Hogar Van Gogh



Figura 62. La Casa Amarilla (Arlés)

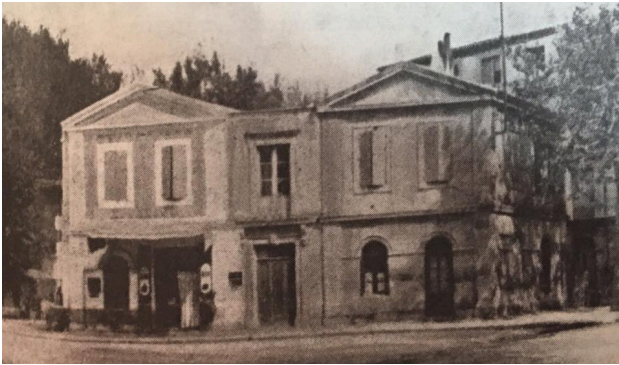


Figura 63. Celda de Hôtel Dieu de (Arlés)

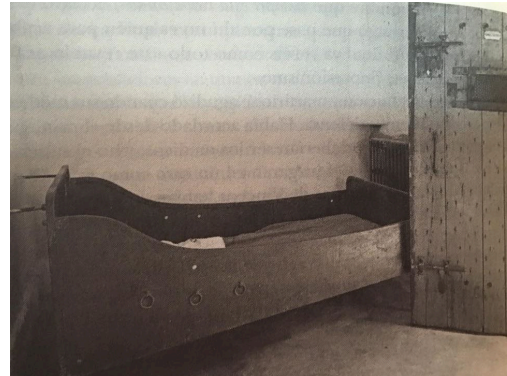


Figura 64. Manicomio Saint Paul de Mausole (Saint-Rémy)

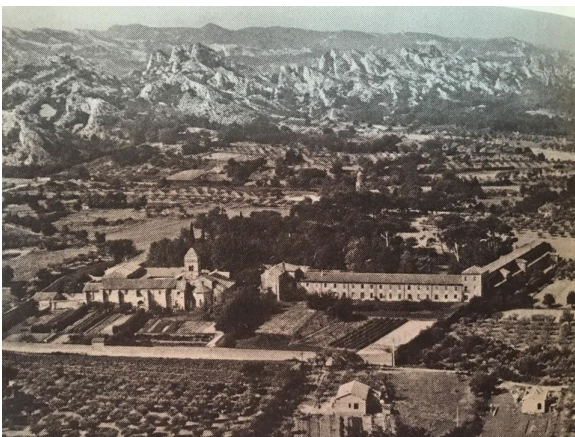


Figura 65. Hostal Ravoux, en el que se Hospedó Vincent en Auvers. En la imagen aparece la familia Ravoux



Figura 66. Habitación de Vincent en el hostel Ravoux

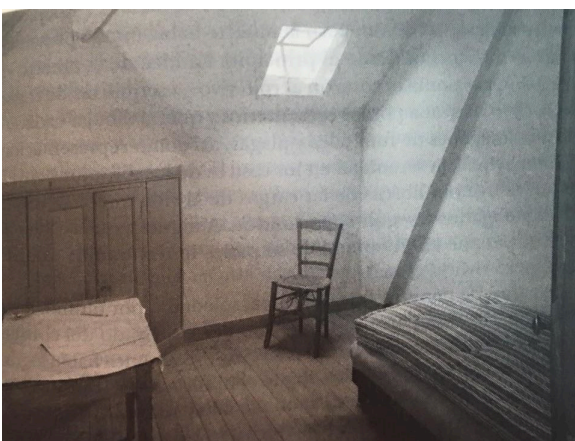
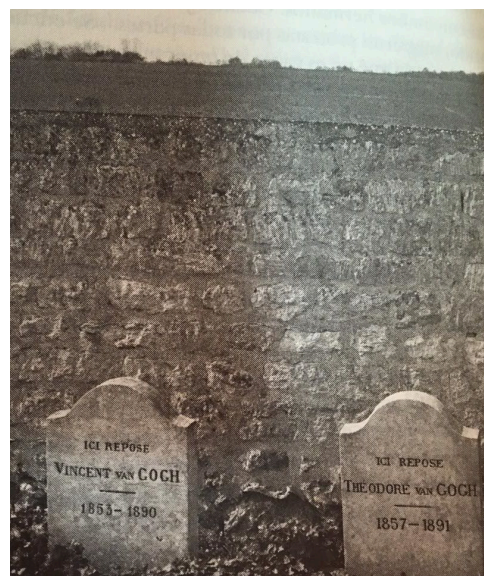


Figura 67. Tumbas de Vincent y Theo van Gogh en Auvers



Fuente figuras 56 a 67: Naifeh y White Smith (2012)