

Vida buena: ruptura con las definiciones de la salud y de la creatividad en la enfermedad mental

*Jaime Carrizosa Moog*¹

DOI: <https://doi.org/10.17230/9789587207873ch5>



Introducción

El impacto y las consecuencias de la actual pandemia de la COVID-19 han demostrado la fragilidad e impericia humanas a la hora de prevenir y enfrentar un acontecimiento natural de esta magnitud. Justo en el momento en el que la humanidad suponía un dominio incuestionable sobre el mundo, sobreviene un fenómeno natural que sacude los pilares del conocimiento y del comportamiento humano en todas sus esferas. Es la oportunidad de, al menos, reflexionar sobre nuestro comportamiento con nosotros mismos y con nuestro ambiente. Precisamente, una de las preguntas que resalta en estas circunstancias es la del sentido y la calidad de la vida, su determinación y desarrollo.

En dicho contexto, vale la pena contrastar lo que en nuestras sociedades se entiende bajo un concepto restringido de salud, frente a un aura inspiradora de la vida buena. Los ejes de virtud y excelencia, en armonía consigo mismo, con los demás y con la naturaleza, son aspectos interesantes en una nueva definición de la salud. Esta reflexión puede ser aún más relevante cuando se aborda una segunda pandemia, como la de la enfermedad mental. Se puede

¹ Neurólogo Infantil de la Universidad de Chile; estudiante del Doctorado en Humanidades de la Universidad EAFIT. Profesor titular del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Antioquia, e integrante de los grupos de investigación Mapeo Genético y Pediaciencias. Correo electrónico: jcarrizosm@eafit.edu.co.

suponer que la creatividad, sello excepcional de la condición humana, puede ser una vía de virtud y excelencia para una vida buena en las personas afectadas por enfermedades mentales.

En este orden de ideas, el presente capítulo pretende contextualizar de una forma sucinta los desafíos que afrontamos actualmente en materia de salud y enfermedad mental, compaginar la definición de salud frente a los conceptos de vida buena, y reflexionar acerca de si la creatividad en las personas con enfermedad mental aporta al desarrollo de una buena vida.

Desafíos actuales en salud y enfermedad mental

El cambio climático, la contaminación ambiental, el surgimiento de nuevas enfermedades zoonóticas, el incremento de la esperanza de vida, la inequidad en el acceso a los sistemas y servicios de seguridad social, así como la inestabilidad social y política, plantean los desafíos y las amenazas actuales al mantenimiento de la salud humana (Nature Communications, 2020; O'Brien, 2019). La pandemia de la COVID-19 ha demostrado la fragilidad del ser humano que, pese al desarrollo científico y tecnológico, sucumbe con altísimas e imprevisibles tasas de mortalidad y morbilidad. La adaptación del medio ambiente a una explotación desmedida hace previsible, como se demuestra con los virus del VIH, ebola, SARS-CoV-2, zika, chikunguña, entre otros, el surgimiento y mantenimiento de enfermedades infecciosas emergentes debido a nuevos patógenos zoonóticos (Cunningham *et al.*, 2017).

El desarrollo de nuestras sociedades ha impactado de manera indiscriminada y abusiva el equilibrio de la naturaleza. El mismo desarrollo ha permitido el control de otras enfermedades infecciosas y el tratamiento de patologías crónicas no infecciosas, elevando en muchos casos la esperanza de vida y mejorando la calidad de ella. En contraste, la desigualdad en el acceso a la información y a los productos médicos plantean una variable influida por los intereses económicos y políticos, que ponen en riesgo la seguridad en salud de una sociedad (BBC News, 2020).

A continuación, se expone la situación actual relacionada con la salud mental que, previa a la pandemia de la COVID-19, era una de las prioridades en la salud pública. Hoy se prevé un desafío prolongado de manifestaciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas pospandemia en cuanto a las enfermedades mentales (Holmes *et al.*, 2020). En 2016, la enfermedad mental afectó a más de un billón de personas. En ese periodo causó 19% de todos los años vividos

por discapacidad. La depresión fue la enfermedad mental preponderante en las mujeres, mientras que las adicciones fueron más frecuentes en los hombres.

En las últimas décadas, las cifras se han incrementado por la estigmatización y la carencia de acceso al tratamiento (Rehm & Shield, 2019). Un metaanálisis de 135 estudios encuentra que el riesgo de mortalidad es 2,2 veces más alto en los pacientes con enfermedad mental. La media de años potencialmente perdidos fue de 10. Se estima que 14,3% de las muertes anuales en el mundo (cerca de 8 millones de personas) son atribuibles a la enfermedad mental (Walker *et al.*, 2015).

En Colombia, por su parte, la *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015* encontró que el porcentaje de personas que refirieron tener algún tipo de problema de salud mental en cierto momento de su vida fue cercano a 40%. De ellos, menos de la mitad accedieron a atención en salud (Minsalud y Colciencias, s. f.).

Los desafíos en las definiciones de salud

La coyuntura planteada hace impostergable la reflexión sobre la practicidad de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las teorías de la vida buena. Desde 1948 la OMS define a la salud como “[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2021, párr. 1). A este tenor, vale la pena preguntarse: ¿por cuánto tiempo, quiénes y cuántas personas logran ese estado de perfecto bienestar? Si esa es la definición, entonces se trata de un valor o de un derecho inexistente (Procuraduría General de la Nación, 2008). La utopía de la definición pone a toda la humanidad, en el mejor de los casos, así sea por un breve momento, al lado de la enfermedad. El *Global Burden of Disease Study 2017* recolectó la información de 354 enfermedades en 195 países, y encontró que 95% de la población mundial tiene alguna enfermedad, y un tercio de ella cinco enfermedades simultáneamente (James *et al.*, 2018).

Desde hace varios años se ha reflexionado sobre la pertinencia de una nueva definición de salud que permita planeaciones e intervenciones y que se aleje de la dicotomía sano/enfermo. Al respecto, un equipo médico internacional lanzó la propuesta de una nueva definición de salud como la capacidad de adaptación y de enfrentar los desafíos físicos, emocionales y sociales que se presentan a lo largo de la vida (Huber *et al.*, 2011). Otros autores reflexionan sobre un concepto dinámico en salud con el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu (Bradley *et al.*, 2018). Una corriente interesante promueve la normalización de la enfermedad,

dado que se trata de condiciones comunes a todos los seres humanos. Se trata de ver que la enfermedad es más la norma que la excepcionalidad. Con todo, la OMS no ofrece una definición para la enfermedad. En estos nuevos paradigmas se hace énfasis en la capacidad de adaptación y autogestión.

La definición de la OMS carga consigo el aliento y la ambición de un nuevo mundo, luego de dos guerras mundiales. Sin embargo, las condiciones actuales son diferentes: existe una mayor noción sobre las enfermedades y su diagnóstico; el tratamiento incrementa la esperanza de vida, y la prevención ha permitido el control y evitado la reaparición de otras tantas enfermedades. El concepto migra de la idealización de la salud hacia un empoderamiento del ser humano en su capacidad de autodeterminación y adaptación en su espacio particular.

El segundo escollo de la definición de la OMS, y que es tomada muy tangencialmente por las otras definiciones, radica en la escasa relevancia de la relación del ser humano con su entorno natural, la misma naturaleza. Existen estudios interesantes que muestran cómo la preservación de espacios verdes en las ciudades se asocia a la prevención de enfermedades mentales y físicas, y cómo los mismos espacios mitigan los síntomas de las enfermedades reduciendo la mortalidad en varias de ellas. Es relevante mencionar la importancia que tiene la exposición a la naturaleza –e incluso la simulación de ella– sobre el pensamiento divergente y creativo en las personas de diferentes edades (Atchley *et al.*, 2012; Batey *et al.*, 2021).

Las definiciones de salud y el paradigma de la vida buena

Según Aristóteles, la salud es un medio para llegar a un estado de *eudaimonía*; la enfermedad puede ser una limitante para acceder al estado deseado o puede convertirse en una oportunidad para que otras virtudes florezcan. La *eudaimonía* no debe ser entendida como una mayor sensación de felicidad, sino como una buena y valorada forma de vida, que puede producir satisfacción, vitalidad y bienestar. Esta circunstancia refleja el estado positivo de la naturaleza humana; mediante la autodeterminación se llegaría a esta vivencia al persistir en las metas íntimas, decidiendo de manera autónoma, siendo benevolentes, atentos, conscientes y abiertos (Ryan & Martela, 2016). La *eudaimonía* es una forma de vida con múltiples componentes como el sentido de pertenencia, la justicia o la armonía social; y se relaciona, aunque es diferente, con el placer (*hedonía*). Aristóteles consideraba la buena vida como un fin último de la existencia

humana, donde el florecimiento remite a una vida plena que involucra la virtud y la excelencia.

Los teóricos del hedonismo privilegian en su concepto de vida buena la ausencia de dolor o sufrimiento y la supremacía de la felicidad, gozo y satisfacción. Si bien el disfrute puede ir de la mano de un estado de *eudaimonía*, ambos son diferenciables entre sí. El hedonismo recalca el disfrute de la circunstancia específica, mientras que la eudemonía hace referencia al éxito en un proceso de autorrealización. Waterman observa la diferenciación entre ambos conceptos en un estudio adelantado con alumnos de pregrado y posgrado, en términos de (a) oportunidades de satisfacción; (b) posibilidad de expresión de los componentes cognitivos y afectivos; (c) exposición a diferentes niveles de desafío; (d) desarrollo de diferentes niveles de destrezas; y (e) importancia para el sujeto (Delle Fave *et al.*, 2020; Waterman, 1992). Las teorías de la vida buena relacionadas con las preferencias o los deseos logran un éxito si estas metas se cumplen con autenticidad; para lo anterior son necesarias la autonomía y la información. Estas teorías privilegian la relación consigo mismo, con el otro y con la naturaleza.

El asunto es si la definición de la OMS y las teorías de la vida buena son aplicables a la actual coyuntura que enfrenta la humanidad. El aumento en la esperanza de vida, la promoción de estilos de vida saludables (alimentación, sueño, actividad física), el desarrollo tecnológico y farmacéutico, la medicalización de aspectos normales de la vida diaria y, por supuesto, los réditos económicos obtenidos por la masificación de la información y comercialización de productos y servicios relacionados con el bienestar físico, han desviado la atención de la vida buena hacia una salud buena. Se trata de la migración del concepto holístico de vida buena al “salutismo” (*healthism*), donde quien no logre tal estado es considerado no solo un enfermo, sino un fracasado.

El estado saludable se convierte así en un valor supremo de la vida misma (Crawford, 2006; Komduur *et al.*, 2009). La sociedad capitalista promueve el consumo de multivitaminas; bótox; alimentos genéticamente intervenidos; cámaras hiperbáricas y de bronceado; cosméticos; derivados de colágeno; potenciadores sexuales; implantes de células madre; todo tipo de *spas* y terapias, más rutinas de gimnasio. El propósito es el de un cuerpo sano, y en lo posible hermoso y esculpido, además de una vida larga. Dejando de lado la ganancia económica, la pregunta última nunca aparece: ¿para qué? El ciudadano común sucumbe, acude y consume con candidez todo tipo de productos y servicios; se le delega el cuidado de su propia salud, y si no lo logra por carecer de dinero o

por condiciones propias de su ser, es visto como un fracasado o desertor. Incluso se asume que la receta de una vida saludable es casi uniforme para todos, sin determinar los estilos de vida particulares o de una comunidad específica. Con la uniformidad, se excluye la interacción con diferentes corrientes de pensamiento o disciplinas y, en definitiva, se aleja, reduce y minimiza el concepto de vida buena (Korthals, 2011).

Como lo expresa Hartmut Rosa (2019), el imperativo ético que guía a los sujetos modernos no es una definición particular o sustantiva de la vida buena, sino la aspiración de obtener los recursos suficientes y necesarios para lograrla; es así como el derecho, los amigos, el dinero, el conocimiento y la salud se vuelven interesantes y necesarios para lograr una vida buena. Rosa propone el símil del pintor que adquiere los pinceles, las paletas, el lienzo y los colores, pero que nunca inicia la acción de pintar. Haciendo alusión a Bourdieu, señala que nuestra libido está ligada a la adquisición de capital económico, cultural, social o simbólico y, con mayor auge en el último tiempo, al del capital del cuerpo (Rosa, 2019).

En este último aspecto, sirven de ejemplificación las concepciones sobre la figura femenina que tienen las atletas del estudio de Aanesen *et al.* (2020). Los investigadores encuentran cuatro motivaciones para una figura esbelta: (a) el discurso neoliberal para demostrar que la mujer es capaz de manejar sus recursos, destrezas y habilidades; (b) el discurso del cuerpo sano con el que la mujer considera su responsabilidad el mantener un buen estado físico, y por lo tanto una buena salud; (c) el discurso de disciplina y control para mantener los estándares sociales de belleza femenina; y (e) el discurso de emancipación, que libera a la mujer de conceptos preestablecidos de actividades que supuestamente no debería realizar (Aanesen *et al.*, 2020).

Si el concepto de la salud estuviera íntimamente ligado al de vida buena en los términos de Aristóteles, entonces las definiciones actuales sobre la salud se quedarían de suyo cortas. Si la vida buena se enfoca en la felicidad lograda por la autorrealización que puede producir satisfacción, vitalidad y bienestar, y no solo en el goce del hedonismo, entonces todas las definiciones de salud son insuficientes. Los conceptos de salud hicieron un énfasis en el aspecto corporal; luego se instauró la importancia del aspecto mental, y por último se introdujo el componente social (O'Brien, 2019).

Estas definiciones han sido útiles en la planeación y la medición de estrategias para afrontar los problemas de salud, encontrar los determinantes sociales concomitantes y dilucidar los lazos entre las esferas de mente, cuerpo

y sociedad. Sin embargo, además de la paradoja ya mencionada de emplear una definición utópica, no se logra escapar del dualismo enfermo-sano en el caso de la definición de la OMS; adaptado-desadaptado, en el de Jadao y O'Grady (2008); o equilibrado-desequilibrado, en el expuesto por Bradley *et al.* (2018). Es posible que nunca se logre un desprendimiento total de la dicotomía planteada por todas las definiciones. Con todo, la inclusión de otras esferas de la vida del ser humano, si bien nada nuevas, permitirían un concepto más integral o humanista del significado de la salud. En ese sentido, la incorporación de conceptos provenientes de la vida buena podría ser útil. La inclusión de aspectos como autorrealización, disfrute, espiritualidad, convivencia y relación armoniosa con la naturaleza y el medio ambiente cercano podría ampliar el verdadero concepto de la salud, que quizás sea equiparable al de la vida buena.

Una definición más amplia facilitaría una mirada transdisciplinaria sobre el equilibrio entre salud y enfermedad, que hasta el momento está asentado en la hegemonía de la medicina. Una mirada convergente sobre los problemas complejos de la humanidad permitiría soluciones no inesperables en una disciplina determinada, sino que surgirían como fruto de la interfaz y el diálogo disciplinar (Committee on the Integrating Higher Education in the Arts, Humanities, Sciences, Engineering, 2018). Así, se podrá afirmar que personas sanas o enfermas, con o sin capacidad adaptativa, en desequilibrio o equilibrio entre mente, cuerpo y espíritu, pueden llevar una vida buena de autorrealización, satisfacción, bienestar y en armonía con su entorno.

De este modo, se rompería con la dualidad de sano y enfermo. Además, se normalizaría la enfermedad como una condición común o habitual. También, se facilitaría la disminución de la estigmatización de muchas personas, y se potenciarían otros aspectos del ser humano, a pesar de la enfermedad. A su vez, se comprendería la diversidad de conceptos sobre la vida y la salud, con los consiguientes enfoques particulares hacia los individuos o sus comunidades. Adicional, podrían surgir soluciones innovadoras a diferentes enfermedades, y quizás se podría ser más equitativo en la administración de recursos de salud. Como lo propone Uosukainen (2001), la promoción de la vida buena ha de tener en cuenta los aspectos sociales, económicos, ecológicos, culturales y de salud.

Asimismo, el desarrollo de la vida buena debe desasirse del sistema médico asistencialista y enfocarse en las capacidades que se tienen para llevar a cabo esa vida deseada; es decir, una orientación de salud positiva, que permita desarrollar los propósitos y metas propios de cada persona. Incluye, por lo tanto, la capacidad reflexiva sobre la propia vida y la libertad de acción; para ir más allá

del concepto de bienestar instaurado en la medicina. Hoy debería entenderse la vida buena en un contexto de pluralismo y diversidad de propósitos. Más aún cuando es notoria la multiplicidad de perspectivas valiosas en la concepción del bienestar y del accionar en la sociedad contemporánea.

Las diferentes perspectivas sobre el mundo, el hombre, la vida, el bien, la salud, el sufrimiento e incluso la muerte, caracterizan nuestra vida social y cultural. Por eso, difícilmente puede hoy en día existir una concepción unívoca sobre la salud. Es preciso vivir la salud, en cambio, desde la pluralidad de valores, normas, creencias y prácticas con respecto al cuerpo, la vida, el bienestar, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte (Restrepo-Ochoa, 2013). En este abordaje holístico de la salud, ¿puede entonces ser la creatividad en la enfermedad mental un acceso hacia la vida buena?

Orígenes y desarrollo del espíritu creativo en la enfermedad mental

La vinculación del arte con la divinidad se remonta a la *Odisea*, en el pasaje donde Alcínoo refiere que el canto de Demódoco fue concedido por un dios. Se consideraban a Apolo y a Dionisio como las deidades de la poesía y de la inspiración profética; aunque son las Musas las entidades tutelares de la creación poética. Los ungidos por estas cualidades tienen un contacto diferenciador, oculto y primigenio de la realidad, que lo distingue de la racionalidad. Su estética es autónoma, y diferenciable por ello de la ciencia y la técnica. Platón vincula la melancolía con los hombres sobresalientes en las esferas de la política, las artes y la filosofía (Sosa, 2000). En la Edad Media se asociaba la genialidad y la enfermedad mental como un don divino en el mejor de los casos, siendo consideradas en su mayoría como manifestaciones o posesiones del demonio (Brigo *et al.*, 2018; Muzur & Sepcic, 1997).

Los románticos acariciaron la afirmación de genialidad en personas con enfermedad mental, y la innumerable lista de personajes famosos de las artes con esa característica parece reafirmar dicho vínculo. El romanticismo consideraba la locura como una condición privilegiada, en la que la liberación de la racionalidad y de las convenciones sociales permitía un acceso sublime a la verdad profunda. El nexo entre genialidad y locura se reforzó durante este movimiento.

Los asilos para enajenados mentales fueron los primeros lugares de producción pictórica por parte de los pacientes. Philippe Pinel (1745-1826), padre de la psiquiatría francesa, se aproximó a la creación artística en pacientes

en su *Tratado sobre enfermedades mentales o manía*. El médico estadounidense Benjamin Rush (1746-1813) resaltaba que la enfermedad mental puede desplegar dotes artísticas en algunos pacientes. Quizás fue el boticario John Haslam (1764-1844) el primero que imprimió expresiones pictóricas de sus pacientes, no desde el punto de vista estético, sino como demostración semiológica de la afección mental. William Brown (1805-1885), director y médico del Asilo Real Crichton en Escocia, no veía características excepcionales entre las obras creadas por sus pacientes, comparadas con las de personas sanas. En contraposición, su colega italiano Cesare Lombroso (1835-1909) estudió desde el punto de vista clínico las obras de ciento ocho pacientes, encontrando entre sus características distintivas excentricidad, simbolismo, detallismo, obscenidad, uniformidad y absurdidad; que catalogó como manifestaciones de la progresión degenerativa de la enfermedad (Beveridge, 2001).

Las primeras apreciaciones estéticas de las obras de pacientes parten de médicos psiquiatras: el francés Marcel Réja (1873-1957, cuyo seudónimo es Paul Meunier), con el libro *L'Art chez les Fous (El arte de los locos, 1907)*; el suizo Walter Morgenthaler (1882-1965), con el texto *Ein Geisteskranker als Künstler (Un enfermo mental como artista, 1921)* sobre su célebre paciente Adolf Wölfli (1864-1939); y el alemán Hans Prinzhorn (1886-1933), con el ensayo *Bildnerei der Geisteskranken Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopatologie der Gestaltung (Imaginología de los enfermos mentales: Un aporte a la psicología y psicopatología de la representación, 1922)* (Beveridge, 2001).

Este último libro atrajo un especial interés en artistas como Paul Klee (1879-1940), Paul Éluard (1895-1952) y Max Ernst (1891-1976). Ernst lo introdujo al movimiento surrealista. En la primera mitad del siglo XX se gestaban y promulgaban las primeras vanguardias opuestas al orden establecido de la cultura tradicional y del arte. El movimiento surrealista deseaba explorar, bajo la influencia del psicoanálisis de Sigmund Freud, la verdadera realidad manifestada por el inconsciente, los sueños, la hipnosis y la enfermedad mental (Breton, 2001 [1924/1930]). La percepción romántica, casi inocente, del encuentro con lo genuino del espíritu creativo, encontraría el doloroso descalabro y la crudeza inmisericorde de la enfermedad mental en Nadja, la amiga de André Breton (1896-1966), y en el artista Antonin Artaud (1896-1948). Este último padeció secuelas neuropsiquiátricas derivadas de una meningoencefalitis y una neurolúes. Vivió la experiencia de estar internado en varios hospitales mentales, donde se le practicaron infinidad de tratamientos dolorosos, entre ellos la terapia electroconvulsiva. Estos ejemplos demostraban la colisión entre el pensamiento

teórico y ennoblecido del surrealismo sobre la realidad del padecimiento crudo de la enfermedad mental (Beveridge, 2001).

La ola de observadores interesados en la actividad creativa de los enfermos mentales a principios del siglo XX, así como las obras maestras de varios artistas profesionales con enfermedad mental, estrecharon aún más el lazo entre la genialidad, la actividad creativa y la psicopatología. En su libro *Das schöpferische Gehirn (El cerebro creativo)*, el psicólogo Konrad Lehmann (2018) refiere que en el campo de las artes y las ciencias se requiere un alto coeficiente intelectual para la creatividad dirigida, aunque esta puede trabajar luego como actividad independiente del primero. La literatura revisada en el texto se inclina a demostrar cómo la genialidad previene y no se asocia a la enfermedad mental.

En 1949, la psiquiatra austríaca Adele Juda hizo una revisión biográfica sobre enfermedades mentales de 294 genios (113 artistas y 181 científicos) y sus familiares. La investigadora halló apenas tres casos (2,7%) con esquizofrenia. Aunque el dato triplica proporcionalmente los casos de la enfermedad en la población general, demuestra que la asociación entre genialidad y enfermedad mental es débil. Lehmann (2018) se inclina por descartar la aparición y la relación entre la enfermedad mental en las artes y las ciencias, y recurre con preferencia al ambiente favorable y la incipiente información existente sobre genes que estarían involucrados en la actividad creativa. Es así como cuestiona la amplia genealogía musical de la familia Bach, y contrapone la identificación de haplotipos y polimorfismos genéticos en la creatividad musical (Lehmann, 2018; Ukkola-Vuoti *et al.*, 2011, 2013).

La evaluación de más de 8000 obras en el museo del Hospital Universitario de Aarhus en Dinamarca llega a las siguientes conclusiones: (a) no hay suficiente evidencia para determinar que ciertas características en la pintura o escultura permitan realizar un diagnóstico de una enfermedad mental específica; (b) la pieza de arte indudablemente refleja una experiencia particular del paciente, al margen de si está o no relacionada con la enfermedad; (c) la mejoría en el tratamiento médico, sea este farmacológico, psicológico, o la mera atención ambulatoria, incide en la disminución de una forma particular de psicosis; (d) la actividad creativa aumenta en las fases hipomaniacas, y se detiene en los periodos depresivos en las personas con trastorno bipolar; y (e) si bien no se puede afirmar un correlato entre una enfermedad mental determinada y su respectiva acción estilística, sí es posible observar el efecto de la medicación psicotrópica en la actividad creativa. Los medicamentos pueden interferir el

impulso creativo durante la fase hipomaniaca; aunque un efecto contrario también puede ser observable, como lo es el de alcanzar la libertad creativa al controlar los síntomas de ansiedad, depresión o las alucinaciones; (f) es evidente el efecto terapéutico positivo que logra la actividad artística en aspectos de autoestima, control de síntomas e introspección (Lejsted & Nielsen, 2006).

Por su parte, el psiquiatra Rainer Strobl (1999) manifiesta que la enfermedad mental no es una acción primaria de la mente, sino una reacción secundaria frente a una exigencia sobre la que el hombre no es capaz de responder de manera adecuada en la esfera psíquica o bioquímica. Usualmente, la capacidad creativa se ve comprometida, limitada y reducida; el mundo vivido por el paciente es una sustitución. En contraste, el artista sin enfermedad mental se expraya con un esfuerzo intencionado en manifestaciones simbólicas y metafóricas de la realidad. El artista expone el reflejo de la realidad, bien sea con fantasía, mientras que en el enfermo la realidad es desencadenada o es la manifestación de un síntoma. El acontecer social también puede influir en el contenido de la expresión de los pacientes con psicopatología (Strobl, 1999).

Una entrevista realizada a Piedad Bonnett sobre su libro *Lo que no tiene nombre*, hace alusión a la enfermedad de la esquizofrenia que padeció su hijo Daniel. En ella refiere que

Un artista va leyendo el mundo y traduciéndolo en palabras, y el enfermo mental lo que siente es que el mundo le habla, pero no de manera reveladora y apacible. Muchas veces me hice esa reflexión: yo, como escritora, busco que el mundo me hable, y Daniel lo que quería es que el mundo no le hablara con ese parloteo terrible (Bonnett, 2013, párr. 7).

Por supuesto, es necesario resaltar que muchas personas con enfermedad mental pueden alcanzar una buena vida gracias a la expresión artística. Tal vez lo logró Fiódor Dostoyevsky, quien describió sus crisis de epilepsia en *El idiota* y *Los hermanos Karamasov*. En ambas novelas expone las crisis epilépticas en sus expresiones menos frecuentes en la práctica clínica: la de éxtasis y la de criminalidad.

Muchos otros artistas y personas con enfermedades mentales han encontrado en las artes la posibilidad de autorrealización, de perseguir metas y sentido en la vida. Así se observa en múltiples libros y textos, donde se exponen sus obras y narrativas (Sacks, 2006). Las obras artísticas suelen reflejar las percepciones y el talento, a través o a pesar de la enfermedad mental, dándole significado a esa experiencia humana. Algunas personas con afectación

mental o neurológica refieren que su enfermedad las ha hecho más sensibles, cuidadosas y comprensivas frente a los problemas de los demás. Lo anterior es particularmente cierto en el caso de las enfermedades crónicas no progresivas, a diferencia de aquellas que son fluctuantes o de comportamiento incierto, donde un pequeño triunfo puede ser demolido por el agravamiento de la enfermedad (Schneider & Conrad, 1983).

Aún queda la puerta abierta para esclarecer la forma como estas personas privilegiadas o dotadas con algún don acceden a la inspiración creativa o encuentran una resignificación vital de su quehacer, ya sea por padecer la enfermedad o siendo resilientes. Si ello fuera posible de identificar, escudriñar y aplicar, sería de enorme utilidad práctica para los millones de afectados por la enfermedad mental, y dejaría de ser un privilegio de unos pocos.

Rodogno *et al.* (2016), quienes trabajan con pacientes con trastorno del espectro autista, hacen una aguda crítica a los conceptos de bienestar y vida buena de la filosofía contemporánea. Refieren que los filósofos toman una distancia acrítica frente a los datos de bienestar sobre los que teorizan. Esta circunstancia es lamentable debido a que gran parte de los estudios empíricos se fundamentan, precisamente, en algunas de esas teorías. Los autores consideran que si bien no se debe descartar este tipo de aproximación a la enfermedad mental, sí se debe promover el complemento de una epistemología del bienestar más sistemática, que fuese más sensible a la neurodiversidad, teniendo en cuenta la enorme y singular variedad de los trastornos mentales (Rodogno *et al.*, 2016).

Schermer (2003) plantea una crítica similar, considerando la condición de los pacientes con demencia. En esta, la pérdida progresiva de las funciones cognitivas y motoras va socavando la autonomía y la creatividad, lo que conlleva dilemas interesantes y complejos para analizar. La definición de hedonismo puede variar en su aplicación; es decir, se deben realizar las acciones que la persona deseaba cuando era completamente autónoma, o se promueve el bienestar físico y mental en su situación actual de demente, contraviniendo con ello sus deseos iniciales. La circunstancia de disfrute y autorrealización puede entonces variar de día en día, acorde con las variaciones en la capacidad cognitiva del paciente.

También ha de considerarse el significado de la vida buena en condiciones de delegación de la autonomía o en situaciones de internación. A este respecto, Schermer (2003) anota que a las teorías de la vida buena les falta el análisis de la variable temporal; lo que es una vida buena en un momento determinado, puede que no lo sea en otro distinto. La calidad de la experiencia, así como la distancia

entre la realidad y la ilusión en las enfermedades mentales y neurológicas siguen siendo un campo irresuelto en el concepto de la vida buena en diversas disciplinas como la medicina y la filosofía (Schermer, 2003). Estos llamados y observaciones han de tenerse en cuenta y pronto, si se desea enfrentar de manera integral y humanizante la que se ha considerado la pandemia del siglo XXI en Antioquia: la enfermedad de Alzheimer (Méndez, 2016).

Por su parte, Steinhardt (2018) propone como temas a trabajar y analizar en los conceptos de vida buena los siguientes aspectos: (a) mejorar lo máximo posible las condiciones de salud de los enfermos mentales; (b) apoyo individual y multisectorial previo y durante el inicio de los síntomas; (c) el desarrollo de nuevas ocupaciones y oficios gratificantes para las personas enfermas; (d) el respeto a la voluntad de vida independiente; (e) fomentar campañas contra la discriminación; y (f) idear estrategias oportunas y humanas de transferencia de la autonomía y potestad (Steinhart, 2018).

Mientras tanto, es importante recalcar que la inmensa mayoría de personas con enfermedad mental padecen y sufren bajo ella, y esta es, en el menor número de casos, fuente de creatividad o aliciente para la inspiración. En definitiva, tenemos frente a nosotros un problema de salud pública que deteriora la calidad de vida, destroza los vínculos familiares y laborales, reduce las posibilidades de autorrealización y, en el peor de los casos, termina con la vida misma.

Conclusiones

La humanidad tiene la oportunidad de repensar el paradigma de salud vigente al sustituirlo de manera decidida con los aspectos fundamentales de vida buena. La virtud, la excelencia, la satisfacción, el bienestar y la convivencia armoniosa con los demás y la naturaleza, centrarían la definición del concepto de salud en el potencial humano. Ese potencial trasciende el objetivo de productividad y consumo, estimulando el desarrollo personal en todas las esferas, incluyendo la espiritual. La dicotomía entre salud y enfermedad daría paso a la normalización de la enfermedad, al concebir a la salud como la capacidad de adaptación y el desarrollo del bienestar.

En esa construcción de una vida buena en la situación de enfermedad mental, la creatividad cumple un papel cauteloso pues, si bien la enfermedad mental puede ser fuente de inspiración y de creación artística, esto ocurre en la minoría de los casos. Mas no por ello puede soslayarse que la creatividad y su expresión artística tienen un espacio terapéutico y comunicativo importante

en la enfermedad mental. La mayoría de las veces, la enfermedad mental suele menoscabar el espíritu creativo bajo un sufrimiento devastador. La diversidad de las terapias está encaminada a recuperar las funciones emocionales y cognitivas, entre ellas la creatividad, para desarrollar el potencial del ser humano.

En definitiva, se trata de un llamado prioritario a la acción entre las diferentes disciplinas, para que, con definiciones pluralistas sobre la salud, se promueva el anhelo y la vivencia de una vida buena ante los actuales desafíos del mundo contemporáneo.

Referencias

- Aanesen, Sofia M., Runa R. G. Notøy, & Henrik Berg (2020), “The Re-shaping of Bodies: A Discourse Analysis of Feminine Athleticism”, *Frontiers in Psychology*, Suiza, vol. 11, julio, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01751>.
- Atchley, Ruth Ann, David L. Strayer, & Paul Atchley (2012), “Creativity in the Wild: Improving Creative Reasoning through Immersion in Natural Settings”, *PLOS ONE*, San Francisco, CA., vol. 7, núm. 12, diciembre, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051474>.
- Batey, Marc, David J. Hughes, Lana Crick, & Andra Toader (2021), “Designing creative spaces: an experimental examination of the effect of a nature poster on divergent thinking”, *Ergonomics*, vol. 64, núm. 1, <https://doi.org/10.1080/00140139.2020.1811398>.
- Beveridge, Allan (2001), “A disquieting feeling of strangeness?: The art of the mentally ill”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, Reino Unido, vol. 94, núm. 11, <https://doi.org/10.1177/014107680109401115>.
- Bonnett, Piedad, “Ahora mi hijo vivirá en la conciencia de otros” (2013), entrevista de Jairo Dueñas Villamil, *CROMOS*, Bogotá, núm. 4810, disponible en <https://bit.ly/3cVuf7c>.
- Bradley, Kent L., Thomas Goetz, & Sheila Viswanathan (2018), “Toward a contemporary definition of health”, *Military Medicine*, vol. 183, núm. supl. 3, noviembre-diciembre, <https://doi.org/10.1093/milmed/usy213>
- Breton, André (2001 [1924/1930]), *Manifiestos del surrealismo*, trad., pról. y notas de Aldo Pellegrini, Buenos Aires, Editorial Argonauta.
- Brigo, Francesco, Eugen Trinkka, Bruno Brigo, Giammario Ragnedda, Raffaele Nardone & Mariano Martini (2018), “Epilepsy in Hildegard of Bingen’s writings: A comprehensive overview”, *Epilepsy and Behavior*, Estados Unidos, vol. 80, febrero, <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.10.002>.
- Committee on the Integrating Higher Education in the Arts, Humanities, Sciences, Engineering (2018), *The Integration of the Humanities and Arts with Sciences, Engineering and Medicine in Higher Education*, Washington, DC., The National Academies Press, <https://doi.org/978-0-309-47061-2>.
- BBC News (2020, abril 11), “Coronavirus: cómo afecta a América Latina la pugna entre países por conseguir respiradores, ventiladores y mascarillas”, <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52233577>.

Crawford, Robert (2006), "Health as a meaningful social practice" *Health*, vol. 10, núm. 4, octubre, <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>.

Cunningham, Andrew A., Peter Daszak, & James L. N. Wood (2017), "One health, emerging infectious diseases and wildlife: Two decades of progress?", *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, Reino Unido, vol. 372, núm. 1725, junio, <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0167>.

Delle Fave, Antonella, Fausto Massimini, & Marta Bassi (2020), "Hedonism and Eudaimonism in Positive Psychology", en *Psychological Selection and Optimal Experience Across Cultures: Social Empowerment through Personal Growth*, Dordrecht - Nueva York, Springer, <https://doi.org/10.1007/978-90-481-9876-4>.

Holmes, Emily A., Rory C. O'Connor, V. Hugh Perry, Irene Tracey, Simon Wessely, Louise Arseneault, ... & Ed Bullmore (2020), "Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science", *The Lancet Psychiatry*, Reino Unido, vol. 7, núm. 6, junio, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

Huber, Machteld Huber, André Knottnerus, Lawrence Green, Henriëtte van der Horst, Alejandro R. Jadad, Daan Kromhout, Brian Leonard, Kate Lorig, María Isabel Loureiro, Jos W. M. van der Meer, Paul Schnabel, Richard Smith, Chris van Weel & Henk Smid (2011), "How should we define health?", *BMJ*, Reino Unido, vol. 343, núm. 7817, <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.

Jadad, Alejandro R., & Laura O'Grady (2008), "How should health be defined?", *BMJ*, Reino Unido, vol. 337, núm. 7683, diciembre, <https://doi.org/10.1136/bmj.a2900>.

James, Spencer L., Degu Abate, Kalkidan Hassen Abate, Solomon M. Abay, Cristiana Abbafati ... & Christopher J. L. Murray (2018), "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", *The Lancet*, Reino Unido, vol. 392, núm. 10159, noviembre, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).

Komduur, Rixt H., Michiel Korthals, & Hedwig te Molder (2009), "The good life: Living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics", *British Journal of Nutrition*, Reino Unido, vol. 101, núm. 3, <https://doi.org/10.1017/S0007114508076253>.

Korthals, Michiel (2011), "Coevolution of nutrigenomics and society: ethical considerations", *American Journal of Clinical Nutrition*, Estados Unidos, vol. 94, núm. supl. 6, diciembre, <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.001289>.

Lehmann, Konrad (2018), “Das schöpferische Gehirn”, en *Das schöpferische Gehirn: Auf der Suche nach der Kreativität – eine Fahndung*, Berlín – Heidelberg, Springer, <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54662-8>.

Lejsted, Mia & Johannes Nielsen (2006), “Essay: Art created by psychiatric patients”, *The Lancet*, Reino Unido, núm. 368, núm. esp. S10-S11, diciembre, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69906-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69906-6).

Méndez, Jesús (2016, mayo 28), “La maldición de Antioquia contra el misterio del alzhéimer”, sitio web: *Agenciasinc.es*, <https://acortar.link/wEysmh>

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana (s. f.), *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Tomo I*, sitio web: *Observatorio de Drogas en Colombia*, disponible en <https://bit.ly/3CWcCi1>.

Muzur, Amir & Juraj Sepčić (1997), “Hildegard Of Bingen – A Temporal – Lobe Epileptic, An Ingenious Woman, Or Both?”, *Acta Faacultatis Medicae Fluminensis*, Croacia, vol. 22, núm. 1, <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:321351>.

Nature Communications (2020, septiembre 30), “Developing infectious disease surveillance systems”, art. 4962, vol. 11, núm. 1, <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18798-7>.

O’Brien, Kyle H. (2019), “Social determinants of health: the how, who, and where screenings are occurring; a systematic review”, *Social Work in Health Care*, Reino Unido, vol. 58, núm. 8, agosto, <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1645795>.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2021), “Constitución”, <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>.

Procuraduría General de la Nación, ACCD y Dejusticia (2008), *EL DERECHO A LA SALUD en perspectiva de DERECHOS HUMANOS y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud*, Bogotá, Imprepaste.

Rehm, Jürgen & Kevin D. Shield (2019), “Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders”, *Current Psychiatry Reports*, Suiza, vol. 21, núm. 2, febrero, <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>.

Restrepo-Ochoa, Diego Alveiro (2013), “La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública”, *Cadernos de Saude Publica*, Rio de Janeiro, vol. 29, núm. 12, diciembre, <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069913>.

Rodogno, Raffaele, Katrine Krause-Jensen, & Richard E. Ashcroft (2016), “Autism and the good life”: A new approach to the study of well-being, *Journal of Medical Ethics*, Reino Unido, vol. 42, núm. 6, <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103595>.

Rosa, Hartmut (2019), “Available, accessible, attainable: The mindset of growth and the resonance conception of the good life”, en Hartmut Rosa & Christoph Henning, eds., *The Good Life beyond Growth: New Perspectives*, Londres, Routledge, <https://doi.org/10.4324/9781315542126>.

Ryan, Richard M., & Frank Martela (2016), “Eudaimonia as a Way of Living: Connecting Aristotle with Self-Determination Theory”, en Joar Vittersø, ed., *Handbook of Eudaimonic Well-Being*, Cham, Baviera, Springer, <https://doi.org/10.5840/du201424351>.

Sacks, Oliver (2006), *Un antropólogo en Marte: Siete relatos paradójicos*, trad. Damián Alou, Barcelona, Anagrama.

Schermer, Maartje (2003), “In search of ‘the good life’ for demented elderly”, *Medicine, Health Care, and Philosophy*, Suiza, vol. 6, núm. 1, <https://doi.org/10.1023/A:1022571700463>.

Schneider, Joseph & Peter Conrad (1983), *Having Epilepsy: The Experience and Control of Illness*, Philadelphia, PA., Temple University Press.

Sosa, Freddy (2000), “Platón, el arte y la locura”, *A Parte Rei: Revista de Filosofía*, España, núm. 12, noviembre-diciembre, <https://bit.ly/31PAx6e>.

Steinhart, Ingmar (2018), “Schwer psychisch krank in Deutschland – (k)ein ‘gutes Leben’: Persons with Severe Mental Illness in Germany – Having (not) a ‘Good Life’”, *Psychiatrische Prax*, Stuttgart – Nueva York, vol. 45, núm. 7, <https://doi.org/10.1055/a-0682-1191>.

Strobl, Rainer (1999), “Gibt es neben kulturellen Einflüssen von diesen unabhängige, psychisch determinierte Stilformen?”, en Hans-Otto Thomashoff & Dieter Naber, eds., *Psyche & Kunst Psychiatrisch-kunsthistorische Antologie: Katalog zur Ausstellung anlässlich des XI. Weltkongresses für Psychiatrie in Hamburg 1999*, Bonn, Schattauer.

Ukkola-Vuoti, Liisa, Chakravarthi Kanduri, Jaana Oikkonen, Gemma Buck, Christine Blancher ... & Irma Järvelä (2013), “Genome-Wide Copy Number Variation Analysis in Extended Families and Unrelated Individuals Characterized for Musical Aptitude and Creativity in Music”, *PLOS ONE*, San Francisco, CA., vol. 8, núm. 2, febrero, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056356>.

Ukkola-Vuoti, Liisa, Jaana Oikkonen, Päivi Onkamo, Kai Karma, Pirre Raijas & Irma Järvelä (2011), “Association of the arginine vasopressin receptor 1A (AVPR1A) haplotypes with listening to music”, *Journal of Human Genetics*, vol. 56, núm. 4, febrero, <https://doi.org/10.1038/jhg.2011.13>.

Uosukainen, Leena M. (2001), "Promotion of the Good Life by Public Health Nurses", *Public Health Nursing*, vol. 18, núm. 6, noviembre-diciembre, <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00375.x>.

Walker, Elizabeth Reisinger, Robin E. Mcgee & Benjamin G. Druss (2015), "Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis HHS Public Access", *JAMA Psychiatry*, Estados Unidos, vol. 72, núm. 4, abril, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>.

Waterman, Alan S. (1992), "Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment", *Journal of Personality and Social Psychology*, Washington, DC., vol. 64, núm. 4, <https://psycnet.apa.org/record/1993-25585-001>.