

ESTIGMA A LA ENFERMEDAD MENTAL: UN ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL ENFERMO MENTAL EN EL CINE COLOMBIANO

Mar Azul Potes Aparicio

**Universidad del Valle
Facultad de ciencias Sociales y Económicas
Programa de sociología
Santiago de Cali
2022**



ESTIGMAS A LA ENFERMEDAD MENTAL:

Un análisis de las representaciones sociales del enfermo mental en el cine colombiano

Mar Azul Potes Aparicio

Trabajo de Grado presentado para optar al título de

SOCIÓLOGA

Directora

María del Carmen Castrillón

Doctora en Antropología Social



UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
PROGRAMA DE SOCIOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2022

Agradecimientos

A mi madre, quien ha sido mi soporte emocional en todos estos años, acompañándome siempre desde el amor, el cuidado y el entendimiento.

A Valentina, mi hermana de alma y quien me ha enseñado el valor profundo de la amistad.

A mi padre, mi hermana, mi abuela, mi familia y mis amigas y amigos, que me han brindado una red de apoyo y me impulsan día a día.

A mis gatos Cokhue e Inqui que siempre están a mi lado.

Resumen

Este proyecto de investigación analiza las representaciones sociales del enfermo mental, su entorno y su relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica en cinco películas colombianas en el periodo temporal 2002 – 2020; bajo los conceptos de representaciones sociales, estigma y enfermedad mental, se caracteriza directa e indirectamente a los personajes con enfermedades mentales, se identifica las formas de relacionamiento con su entorno y se analiza el relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica. Para esto se hace uso de instrumentos de análisis de contenido con enfoque cualitativo de diseño documental, que permitieron la aproximación empírica a los contenidos manifiestos y latentes de las representaciones.

Palabras Claves

Representaciones sociales, Enfermedad mental, Estigma, Locura, Cine.

Contenido

Introducción	5
Definición del Problema.....	6
Justificación	9
Objetivo General.....	10
Objetivos específicos:	10
Estado de la cuestión.....	10
Metodología	18
<i>Posicionamiento frente al tema de investigación:</i>	<i>23</i>
Capítulo. 1 Referencias conceptuales	25
Estigma	25
Enfermedades mentales	27
Representaciones sociales	31
Capítulo 2. Caracterización de los personajes y su relacionamiento	34
Los personajes con enfermedades mentales.....	34
Relacionamiento con el entorno.....	39
Capítulo 3. Relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica.....	42
Descripción del hospital psiquiátrico	42
Representación de las Terapias	44
Representación de las enfermedades mentales y correspondencia con la realidad clínica	46
Conclusiones	51
Bibliografía	53
Anexos	55

Introducción

En el presente trabajo de grado se estudia la enfermedad mental a los ojos de cinco películas colombianas entre los años 2002 y 2020, las cuales ponen en evidencia cuáles son las representaciones sociales del enfermo mental, su entorno y su relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica. Es importante reconocer, cómo es presentado el enfermo mental, dado que así se puede llegar a identificar la intensión de desinformación del cine, y poder demostrar desde sus contenidos latentes y manifiestos, como son parte de un sistema de símbolos y signos, producto de la misma sociedad en la que se ve envuelta. De tal manera que se hizo necesario, profundizar los conceptos de estigma, enfermedad mental, y representaciones sociales.

Para lograrlo se realizó una revisión y análisis en profundidad, de la concepción del enfermo mental en los personajes principales y secundarios, sus relaciones familiares e interpersonales, sus acciones y espacios diferenciales, el relacionamiento del entorno con el enfermo mental y con la institucionalidad psiquiátrica, logrando así una reflexión frente a estas categorías a partir de la teoría de la carrera moral de Goffman (1962)(1963) y obtener así, una mayor comprensión, de las representaciones hacia el enfermo, frente a su identidad personal, el encubrimiento de la enfermedad, la persona desacreditada y el estigma.

De esta manera, este trabajo se dividirá en tres capítulos. El primer capítulo está dedicado al debate conceptual que lleva a la construcción de los conceptos de estigma, representaciones sociales, la sociología del cine y enfermedad mental. En el segundo capítulo presenta la caracterización de los personajes principales y secundarios, así como el relacionamiento con el entorno, evidenciando allí cómo es concebido el enfermo mental, sus acciones diferenciales y la apariencia en general, la preocupación desmedida de la familia por controlarlo y curarlo, para que

sea productivo como representación de su relacionamiento con el entorno. En el tercer capítulo se presenta el relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica, descripción de terapias, el hospital psiquiátrico y su relación con el paciente y la familia, evidenciando así, en algunos casos la degradación del yo y la reproducción de estigmas. Finalmente, se exponen las conclusiones de los principales hallazgos del análisis de las películas, alrededor de la relación locura, estigma y cine.

Definición del Problema

La enfermedad mental ha tomado relevancia, ha partir de la pandemia de Covid-19, donde el aislamiento, la imposibilidad de un relacionamiento social presencial y de interacción con la comunidad, el distanciamiento físico, la imposibilidad de ir a trabajar, el miedo al contagio, la preocupación financiera y el dolor que conllevaba la muerte de seres queridos, generaron según la Organización Mundial de la Salud (2022) un aumento del 25% a nivel mundial en la prevalencia de depresión y ansiedad, lo que cual ha forjado un interés y preocupación por las enfermedades mentales y revelado una inversión insuficiente históricamente en los servicios de salud mental, donde en el 2020, donde los gobiernos de todo el mundo gastaron un promedio de un poco más del 2% del presupuesto de salud, en salud mental.

No obstante, la salud mental se ha venido agravando y mostrándose en la población de diversas maneras como el miedo, tristeza, ansiedad y preocupación constante; se han ido prolongando con el tiempo y se han tornado más graves e incapacitantes, conduciendo cada día a aumentar el número de pacientes con enfermedades mentales, hombres y mujeres adultos, niños-niñas y adolescentes. Bajo esta situación, la Organización Panamericana de la Salud - OPS propone como prioridad el salvar vidas, fortalecer medidas de salud pública de higiene y saneamiento, así como atención a las necesidades emocionales de las personas, dado que éstas son enfermedades

que se están tornando como epidemias silenciosas, causando daños profundos a las personas, la familia, la sociedad en general y la economía. Para la Organización Mundial de la Salud – OMS, cuidar la salud emocional, reduce el sufrimiento y mejora la calidad de vida de las personas (OMS, OPS,2020).

De igual manera, la OMS, reconoce la importancia en el acompañamiento y continuidad en los tratamientos para las personas con trastornos preexistentes mentales, la atención por diferentes medios de comunicación tanto sincrónica como asincrónica, así como apoyo remoto (virtual o telefónico), fortalecimiento del enfoque de derechos humanos y el principio básico de ser siempre respetado para “no hacer daño”.

Es importante examinar, que a pesar de llevar tanto años hablándose de salud mental, no se puede negar la desinformación e interpretaciones negativas, que se han dado en el cine y en los medios de comunicación, contruidos sobre el tema. Basados, posiblemente en no tener una representación clara sobre qué es la enfermedad mental, o dificultad en diferenciar los trastornos o enfermedades del sistema nervioso, los enfermos mentales peligrosos y los que no. Las investigaciones en Hispanoamérica han demostrado que desde 1960, las actitudes han mejorado a partir de la desinstitucionalización del enfermo, pero esto no implica que se halla dado un cambio, en los sentimientos y comportamientos reales hacia la enfermedad (Ayestaran y Paez,1986).

Los imaginarios sociales de la locura, se reproducen y perpetúan a partir de los medios de comunicación, entre ellos el cine. Martini (2000), expone que toda información presentada por la mass media estimula la imaginación social y que los imaginarios colectivos estimulan la información; por lo tanto, estos medios pueden verse como instrumentos de socialización que refuerzan, movilizan y cuestionan los imaginarios establecidos, aceptando así la influencia que

pueden tener sobre la sociedad. Price (1994) por otro lado, plantea cómo el público general, en base a los imaginarios establecidos, recibe la información y la adopta de forma pasiva, al no poseer conocimientos y habilidades para juzgarla activamente, además de filtrarla, mediante prejuicios y temores propios. Esta mirada, otorga poder a las fuentes de información, con lo cual, a partir de las representaciones que ésta haga y las formas e instrumentos que utilice, puede reproducir estigmas y prejuicios sobre los imaginarios sociales.

Muñoz, Pérez, Crespo, & Guillén, (2009) encuentran que en las sociedades occidentales los estereotipos sobre los enfermos mentales, hacen referencia a su peligrosidad y su relación con actos violentos, su responsabilidad sobre el padecimiento de la enfermedad y el no poder haberle dado remedio por medio de tratamientos, su debilidad de carácter, su incompetencia e incapacidad sobre tareas básicas como el autocuidado, la impredecibilidad de carácter y de reacciones, y la falta de control; prejuicios que pueden desencadenar en diferentes formas de discriminación y afectan la vida diaria, de quienes padecen una enfermedad mental.

En el contexto del cine colombiano, se observa aún, que existen variados planteamientos sobre la enfermedad mental, presentando contenidos que pueden llegar a ser desinformantes, y demuestran desde sus contenidos latentes y manifiestos, cómo son parte de un sistema de símbolos y signos, producto de la misma sociedad en la que se ve envuelta. Por ello, se hace necesario profundizar en los conceptos de estigma, enfermedad mental y representaciones sociales para analizar en profundidad cómo es presentado el enfermo mental directa e indirectamente, sus relaciones familiares e interpersonales, sus acciones diferenciales, los espacios diferenciales a los que se le hace pertenecer y la institucionalidad psiquiátrica en el cine

Justificación

Durante muchos años, los análisis y los estudios realizados sobre el tema de la enfermedad mental en el cine, reconocen que, a pesar de su importancia, sólo se ha mirado desde la autoridad de Hollywood y las grandes productoras; de allí, se acepta poseen una mayor influencia sobre los imaginarios sociales, más se dejan de lado, la significación de ver las producciones propias como una manera de analizar las representaciones, desde la especificidad social y cultural de Colombia, intentando comprender cómo es que se representa en ella.

Se reconoce entonces en esta investigación, la importancia de estudiar y visibilizar las enfermedades mentales, desde una mirada naturalizante y amigable, que deje de lado los arquetipos negativos contruidos en el imaginario colectivo, los cuales generan discriminación y estigmatización en la vida de quienes la padecen.

Asimismo, se han considerado las representaciones de la enfermedad mental y sus pacientes de manera estereotipada y diferente de las personas normales, aquello ha permitido caracterizarlos como peligrosos e indeseables, por tanto debe ejercerse sobre ellos control social y vigilancia; nada más alejado de la realidad, dado que esta concepción aleja el desarrollo de la autonomía del paciente y no construye sujeto, hay generalizaciones sobre los síntomas de la enfermedad, cuando estas son múltiples y de amplios espectros; de allí que esta investigación, pretenda contrastar la representaciones en las formas en que se manifiesta la enfermedad, con la realidad clínica.

En definitiva, este trabajo de investigación busca aportar al debate de la relación enfermedad mental, representación y estigma que, por su complejidad clínica y social, invitan a la sociología a evidenciarlas y profundizarlas, en un acercamiento objetivo a través del cine colombiano.

Objetivo General

Determinar la representación social del enfermo mental, su entorno y su relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica en cinco películas colombianas del 2002 al 2020.

Objetivos específicos:

- Caracterizar los personajes con enfermedades mentales en cinco películas colombianas del 2002 al 2020, a partir de rasgos relativos a la apariencia, el perfil socioeconómico, la caracterización de la enfermedad, las acciones y espacios diferenciales.
- Identificar el relacionamiento del entorno con el enfermo mental en cinco películas colombianas del 2002 al 2020.
- Identificar el relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica en cinco películas colombianas del 2002 al 2020, a partir de la representación de tratamientos médicos, origen, evolución y cura de la enfermedad, el personal médico y el hospital psiquiátrico.

Estado de la cuestión

Las investigaciones en torno a las formas de presentar la salud mental en productos culturales, en este caso el cine, son desarrolladas desde el área de la psicología social, sin embargo, los referentes teóricos, la forma en cómo se tratan las enfermedades mentales a un nivel institucional y como constructo social, son de por sí una aproximación de carácter sociológico. Por lo tanto, las investigaciones que se van a presentar tratan desde múltiples disciplinas el mismo problema: la visión, la representación y el tratamiento de las enfermedades mentales en el cine, considerando el mismo, como un producto cultural que no

sólo es influido por los estigmas sociales, sino que también actúan activamente en la forma en la cual este estigma sobre las enfermedades mentales se transforma a través del tiempo.

El primer referente lleva por título “Las imágenes de la locura en el cine como representaciones culturales”, escrito por Francisco De La Peña Martínez en el año 2009. En este estudio se pone de relieve las imágenes fílmicas de la locura en el cine, en dos épocas históricas distintas (modernidad-posmodernidad), evidenciando que éstas se han construido como representaciones culturales basadas en arquetipos y estereotipos ligados a esquemas ideológicos y estéticos contrapuestos.

La imagen del enfermo mental se ha tipificado con arquetipos más o menos recurrentes a lo largo del tiempo, que pueden diferir entre estereotípico o más o menos realista según predomine la ficción o lo documental. El personaje enfermo es frecuentemente representado como impredecible, inestable, extravagante y desaliñado; desde una mirada romántica puede centrarse en las personalidades encarnadas por el genio creador y atormentado, artista o científico, o en otro extremo, por estados patológicos proclives al exceso, la brutalidad y la crudeza. La diferencia aquí radica en el ethos y la psique de cada cultura y tiempo que le produce.

De esta manera el autor presenta cómo en la modernidad la psicosis es extraordinaria, la mirada de la locura se establece por el dispositivo disciplinario, el control panóptico y la cuadrícula analítica. La cultura se desembaraza de sus locos al reivindicar el uso del internamiento y el control corporal: el enfermo inicialmente visto como asesino y manipulador, finalmente es alguien que vive en delirios y necesita estar internado para el cuidado psiquiátrico. En la posmodernidad, se representa la desregulación, el hiperconsumo y la desrealización en un universo desestructurado e hiperindividualista; las conductas anormales dejan de ser extraordinarias cuando es justamente la diferencia individual un valor

social primario: el enfermo es ahora asimilado por la cultura confiriéndole estatus e integrándole por las vías del reconocimiento propio. Se configura entonces un conflicto dentro de esta locura ordinaria y banalizada, pues todos somos potencialmente enfermos.

Este estudio demuestra su relevancia, al vincular asertivamente las representaciones de la enfermedad mental a la sociedad que la produce, denotando rasgos psicosociales determinantes de cada época y la reproducción de estereotipos sobre el tema. Asimismo, otorga una mirada que, más allá de la acentuación de estigmas, promete demostrarlo como un producto cultural.

El segundo referente se titula “El tratamiento de las enfermedades mentales en el cine”, escrito por Irene Pina Chesa en el año 2017. Esta investigación presenta la forma en la que sistemáticamente el cine ha fomentado una imagen negativa e irreal sobre las enfermedades mentales y quienes las padecen. Utiliza la teoría del framing adoptada por Goffman, cercando su investigación en las 10 películas más influyentes de la historia del cine que tratan el tema.

La relevancia de este trabajo se centra en la forma de abordar el campo, donde analiza detalladamente diferentes tópicos: la forma en la que se presentan las enfermedades y su comparación nosológica con el DSM-5 del 2014, evidenciando una representación que mezcla y confunde patologías o que toma síntomas variados sin especificación concreta de la enfermedad referida, demostrando un tratamiento poco realista. En cuanto a cómo se aplica el poder simbólico menciona la investigación que las instituciones mentales se caracterizan y encarnan de modo negativo, se les representa como un agente represivo y frío con excesiva seguridad, siendo objeto de vergüenza, crueldad o concebido como un lugar siniestro. Al personal médico se les ve como agentes de control que buscan de manera calculadora y represiva la alienación del paciente. En cuanto a los tratamientos, por un lado está las

psicofarmacología, la cual se presenta como una medicación que tiene efectos nocivos para los pacientes, que le impide llevar una vida normal, aletargándole y afectando sus emocionalidades, y por otra parte, se presentan las técnicas Ludovico, electrochoques y lobotomía, que aunque antiguamente fueron usadas y ocasionaban traumas complejos tanto emocional como físicamente, en la actualidad solo es utilizada la terapia electroconvulsiva, la cual ha sido reestructurada y es indolora.

En general, estas representaciones que tipifican al enfermo mental con un perfil de asesino o criminal violento o en cambio, romantiza al genio o a la artista que sufre, presentando conceptos que se alejan de la realidad de quienes padecen enfermedades mentales. Se corrobora cómo el cine ha utilizado este tema como recurso para justificar personajes y comportamientos, tomándole como un tema eficaz y rentable, con poca crítica ante el desconocimiento general, pero que se dirige al fomento y reproducción de imágenes estereotipadas y negativas.

Esta investigación ofrece un marco de referencia sobre cómo aproximarse al objetivo principal del trabajo que se está realizando, brinda resultados sobre casi todas las áreas que se busca investigar, posee un enfoque distinto que le otorga gran importancia a los medios de comunicación, y ofrece una guía en lo que a perspectivas analíticas y metodologías respecta.

El tercero, titulado “Locura y cine: claves para entender una historia de amor reñido”, escrito por Beatriz Vera Posack en el año 2006, presenta cómo el cine se ha valido de las enfermedades mentales para extraer argumentos, temáticas y narraciones funcionales, siendo así un factor clave en la creación y perpetuación de mitos sobre éstas y quienes las padecen. Su aporte, se vislumbra por su aproximación al objeto de estudio, analizando los trastornos más típicamente utilizados, desde la mirada nosológica y científica y su forma de

representación cinematográfica. Así, algunos trastornos se pueden presentar como cualidades que convierten a los personajes en seres superiores, y otros a asociárseles con el delito, la criminalidad y el terror, lo que contribuye a perpetuar estereotipos de asociación a la violencia. Es de tener en cuenta que la tendencia general se dirige a confundir trastornos y mezclar síntomas; así mismo, sus desenlaces suelen estar distorsionados y en muchas ocasiones se producen curas milagrosas. Los trastornos que presenta la autora y su correspondiente representación son:

Cuadro 1. Trastornos mentales y sus representaciones

Trastorno de identidad disociativo o personalidad multiple:

Disociación del yo del individuo en diversos “yoes” alternativos. Funciona como elemento para anclar giros de guion inesperados, al abrir la posibilidad de adjuntar varios trastornos a una sola persona o que esta posea una lucha de personalidades.

Amnesia:

Se divide en dos grupos: orgánica, que subyace a una causa física (traumatismo craneoencefálico, trombosis, tumor, etc.) y la disociativa, cuando no existe causa física, sino por choques emocionales o vivencias traumáticas. Esta es frecuentemente mezclada y confundida, además de generarla y curarla de formas irreales, como el perder la memoria o la identidad por un golpe en la cabeza.

Psicopatía y psicosis:

La personalidad antisocial o psicopatía se caracteriza por una alteración de la conducta social sin tener anomalías intelectuales, quienes la padecen pueden cometer actos delictivos sin mostrar sentimientos de culpa; la psicosis se caracteriza por una desconexión con la realidad. Esos son confundidos, asociando esquizofrenia y violencia, y dando lugar a uno de los mayores mitos y estereotipos: el loco es violento.

Trastorno obsesivo compulsivo:

Se caracteriza por tener pensamientos irracionales y temores obsesivos que provocan comportamientos compulsivos. Esta patología se ha representado en conjunto con caracteres misóginos, huraños y desagradables, y asociándolos también con ser profundamente detallistas y cuidadosos, así como su presencia junto con otras patologías que ahondan en el detrimento paulatino de la vida de la persona.

Retraso mental:

Comúnmente se les atribuye inteligencia emocional a personas con dificultades en las capacidades intelectuales; eliminando elementos negativos asociados al trastorno, les refleja con condiciones de pureza o ingenuidad que siguen esquemas prototípicos.

Autismo:

Espectro, que afecta la forma en que una persona percibe y socializa con los otros. Se ha representado como una coraza tras la que se esconde un “niño normal” y que es posible remover con afecto y cariño (lo cual es un mito). Y con el uso del fenómeno savant, una condición muy rara que aparece en algunas personas con severas deficiencias intelectuales y emocionales, pero que son brillantes en algunas áreas intelectuales específicas.

*Fuente: Elaboración propia, con base en Vera Posack (2006).

El cuarto referente, es titulado “Enfermedad mental y violencia en los medios de comunicación. ¿Una asociación ilícita?”, escrito por Hernán Maria Sampietro en el año 2010. Este estudio realiza una exploración sobre las investigaciones que han abordado la presentación de las enfermedades mentales en los medios de comunicación y las asociaciones que se hacen con la violencia. Los trabajos publicados, remarcan que la enfermedad mental se representa de forma inadecuada y desfavorable, fundamentalmente por asociarla con la violencia, pero varía según los contextos culturales que las producen.

En la prensa, donde esta asociación es recurrente, se nos presenta que más allá de su uso sensacionalista, se utiliza bajo una estrategia de intertextualidad, donde términos profesionales se asimilan a imaginarios colectivos y así en la construcción de la noticia, esta se subsumiría a los marcos interpretativos dominantes que reproducen estereotipos.

En la televisión se le vincula a la criminalidad y a los actos violentos, hay un predominio por el uso de términos despectivos y la caracterización de estos personajes como atemorizantes o como motivo de burla y escarnio, justificando su exclusión o faltas de respeto hacia ellos. Así mismo se otorgan significaciones de vulnerabilidad e incapacidad de hacerse cargo de sí mismo; incluso en canales infantiles, hay una socialización temprana de estas concepciones estigmatizantes. Por otro lado, investigaciones recientes observan, que bajo la implementación de programas anti estigma, como el realizado en Australia, la calidad de la información mejora significativamente y se disminuye la asociación con la violencia, además de habituar las valoraciones de profesiones de salud, tanto en el área de noticias como de consultoría.

En el cine se presentan dos miradas polarizantes, por un lado, se señala que es solo para la esquizofrenia y las psicosis, donde se encuentran las representaciones inadecuadas y que estas son cada vez más precisas en cuanto causas, tratamientos y posibilidades de

recuperación. Incluso, se propone el cine como recurso pedagógico para los profesionales de la salud, al considerar que, aunque se den estereotipos o sean estigmatizantes, es útil para estimular la reflexión. Por otro lado, se plantea que el cine construye los roles de los mentalmente enfermos como “diferentes”, valiéndose de diversos recursos, como música discordante, escenografía o iluminación para acentuar y perpetuar estereotipos sociales, como la peligrosidad.

De esta manera, este estudio aporta conocimiento sobre las formas inadecuadas y estigmatizantes en las que la mayoría de los medios de comunicación presentan a las enfermedades mentales. No se produce por carencia de información o por error sino porque se vuelve efectiva y funcional desde los criterios comerciales, en que las significaciones no deben ser forzadas o impuestas. Se introducen en los imaginarios tradicionales de la locura, “arraigadas en el sentido común”, y siendo productos culturales, se sitúan en las realidades discursivas específicas y relativas de la sociedad que las produce.

El último referente es “Salud Mental en el Cine: la imagen y el estigma” un trabajo de grado escrito por Martina Rainusso en el año 2018. Este trabajo trata la relación entre las imágenes y los imaginarios acerca de la salud mental en el cine, desde un enfoque sociológico, pero buscando encontrarse con la intervención social; toma como ejemplo tres películas para abordar la producción y reproducción del estigma, nacido en torno al desconocimiento sobre la salud mental. Analizando las películas desde sus propios recursos discursivos, brinda aportes teóricos en cuanto al papel fundamental que juega la noción de estigma en este campo de investigación, ofreciendo conceptos significantes que permiten hilar de forma acertada y profunda cómo se presentan las enfermedades mentales en el cine: Los estereotipos como estructuras de conocimiento que, cargadas por los imaginarios,

materializan los estigmas desde los prejuicios sociales, la discriminación y las desventajas sociales.

El lenguaje como cristalización del poder, posee sistemas de clasificación que construyen las realidades sociales; los conceptos que se utilizan y la historicidad que cargan, establecen marcos interpretativos que dan sentido a las palabras y contribuyen a la creación y legitimización de subjetividades. La forma en la que se nombra, hace parte de la reproducción del sistema de estigmatización.

Partiendo del riesgo que supone la imprevisibilidad de las manifestaciones patológicas, los enfermos mentales se convierten en portadores de una amenaza que conlleva a la necesidad de su control corporal y obliga al aislamiento como una “protección” a la sociedad. Es por ello que la psiquiatría adquiere poder simbólico como garante moral y jurídico del proceso de normalización de las personas. El diagnóstico reconvierte al sujeto en un enfermo y legitima el sometimiento a tratamiento colocándole en una posición jerárquica *desfavorable inferior*, lo que le subordina con respecto al médico y a la sociedad. De esta idea subyace la del hospital como institución total (Goffman, 1963) y la medicalización como forma de normalizar (Foucault, 1974).

La normalidad, establecida sobre criterios de funcionabilidad, utilidad y capacidad de adaptación, se utiliza como parámetro para demarcar fronteras sobre las convenciones sociales, que, guiadas desde una dimensión productiva, presenta a la salud mental como normal y a las enfermedades como anormales. Estas demarcaciones son dependientes de la subjetividad personal, la sociedad y la cultura que las impone y afectan la vivencia de los individuos.

Los cinco referentes mencionados anteriormente son relevantes para la investigación, gracias a los aportes teóricos y metodológicos que ofrecen, y los múltiples puntos de vista

con respecto a la forma en la cual se representan las enfermedades mentales en el cine. Así mismo, integran el concepto de estigma, como el principal elemento teórico para analizar la construcción existente en torno a la enfermedad mental, constituida desde la marginalidad en el imaginario colectivo. A partir de imágenes presentes en los productos culturales de consumo (el cine, por ejemplo), lo refuerzan y reproducen.

Metodología

En este trabajo de investigación se buscó determinar y analizar las representaciones sociales del enfermo mental, su entorno y su relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica en cinco películas colombianas entre los años 2002 y 2020.

En consecuencia, esta monografía se realizó a través de un análisis de contenido, con enfoque cualitativo, de diseño documental, la cual permitió una aproximación empírica a los contenidos manifiestos y latentes que brindaban los films seleccionados, la reelaboración de los datos y su construcción desde la asociación de información y su triangulación y reintegración para el establecimiento de relaciones e inferencias. Junto a un proceso continuo de reflexión, dio como resultado información que busca ser confiable, al adherirse a rasgos extra discursivos.

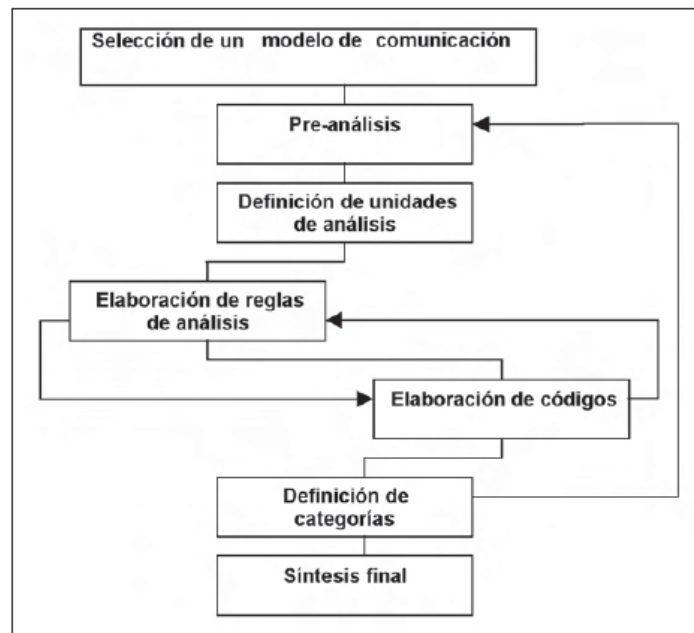
Se construyeron dos instrumentos, realizados a partir de las propuestas metodológicas de Juan Carlos Alfeo (2007) sobre análisis filmico y Pablo Cáceres (2003) sobre análisis de contenido.

El primer instrumento construido bajo el modelo cualitativo y cuantitativo de Carlos Alfeo (2007), busca aplicar el análisis de contenido filmico en las representaciones de poblaciones arquetípicamente excluidas y estigmatizadas, partiendo de la identificación y

sistematización de aquellas representaciones diferenciales y el análisis directo de los personajes. El modelo inicia por definir qué aspectos son utilizados en la caracterización diferencial del personaje, partiendo de rasgos físicos, psicológicos y sociológicos, y, además, entiende los rasgos referentes a las acciones y hábitos del personaje, y los espacios que ocupa y le son dados. De este modelo, se toma únicamente su funcionalidad cualitativa.

El segundo instrumento construido, se basa en la técnica cualitativa de análisis de contenido de Pablo Cáceres (2003), quien integra las propuestas de Mayring, (2000), desde el análisis de contenido tradicional y el método de sistematización y triangulación constante de Glaser & Strauss (1999). La propuesta presenta detalladamente los pasos a seguir para la culminación de una síntesis final, partiendo de la selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación, donde se define la postura teórica en la aproximación al objeto de estudio, continúa con el desarrollo del preanálisis donde se define y recolecta la muestra que será estudiada, se analizan documentos e investigaciones que declaren el estado de la cuestión y generen indicadores que subrayen temas presentes en el material y se formula una guía de trabajo a seguir. A partir de ello, se definen, establecen y codifican las unidades de análisis, desde las cuales se sustrae aquel contenido significativo y que a partir de su triangulación y correlacionamiento, se desarrollan las categorías de análisis y la integración de los hallazgos. A continuación se presenta en una ilustración, la técnica antes descrita por su autor:

Cuadro 2. Procedimiento general de la tecnica de analisis cualitativo de contenido



*Fuente: Cuadro tomado de Cáseres (2005)

Una vez configurado y aplicado el instrumento de Alfeo (2007), el cual se modificó para las necesidades específicas de las características representacionales de los personajes con enfermedades mentales, se retoma este cuestionario como fuente para la definición de las unidades de análisis requeridas para el segundo instrumento planteado por Cáceres (2003). Es importante mencionar que en la ampliación del instrumento de Alfeo (2007), en el apartado de la caracterización de la enfermedad mental del personaje, se hace uso de una herramienta de análisis del estado mental de los personajes, el cual se elaboró a través de la consulta con un psicólogo con tarjeta profesional y la investigadora, con el fin de realizar una revisión clínica y así poder determinar si las enfermedades mentales representadas en las diferentes películas se vinculaban a una vivencia y un comportamiento real. Asimismo y en este mismo instrumento, se utilizó la teoría de la carrera moral de Goffman (1962) para

obtener una mayor comprensión, de las representaciones hacia el enfermo, frente a su identidad personal, el encubrimiento de la enfermedad, la persona desacreditada y el estigma.

En el análisis de contenido filmico, realizado y ampliado a partir de las herramientas planteadas por Alfeo (2007) y Cáceres (2003), fueron claves el estudio clínico comparativo¹ y la teoría de Goffman(1962)(1963) sobre la carrera moral y el estigma. Los anexos 1 (Codificación basada en la metodología cualitativa) y 2 (Ficha técnica y cuestionario de análisis cualitativo de la caracterización directa e indirecta de personajes de las películas seleccionadas), presentan los esquemas de caracterización y análisis de las película y los personajes. El anexo 1 codifica las categorías para esta categorización y análisis, las cuales comprenden:

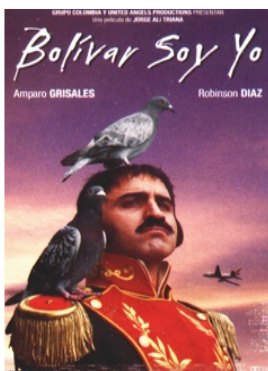
- Caracterización de los personajes con enfermedades mentales, el cual se subdivide en: apariencia, perfil socioeconómico, acciones y espacios diferenciales, la carrera moral y caracterización de la enfermedad mental: origen, emergencia, génesis. (Códigos APAENF, ACDIF, CONDPOST, CONDNEG, ESPDIF, PERPR, PEREXT, CARCONT, CURAENF, ORGENF).
- Relacionamientos del personaje: representación de la relación con el nucleo familiar, relación con el entorno cercano y la sociedad en general. (Códigos RELFAM, RELAMG, RELPUB).
- Relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica: la explicación de la enfermedad, tratamiento médico, origen y cura, representación de la relación con el personal médico y el hospital psiquiátrico. (Códigos TRATMED, EXPENF, RELHOSP).

¹ Examen del estado mental de los personajes, el cual busca identificar las patologías y observar la atención clínica dada al paciente haciendo comparación con la realidad clínica.

-El estigma: palabras y acciones estigmatizantes y lenguaje que refiere al enfermo y a la enfermedad mental. (Códigos PALENF, APESTIG).

Por otro lado, se debe mencionar la delimitación del objeto de estudio, cuyos criterios de selección fueron películas de ficción colombianas entre los años 2002 -2020 (Tabla 3), donde el personaje principal tuviese una enfermedad mental y presente un relacionamiento directo con la institucionalidad psiquiátrica. La muestra se tomó a partir de la búsqueda de palabras claves como locura, psiquitría, enfermo mental entre otras, en la base de datos online de Pro Imágenes Colombia (<https://www.proimagenescolombia.com/>) .

Tabla 3. Muestra seleccionada



Bolívar soy yo (2002) del director Jorge Alí Triana, largometraje de ficción y humor negro que cuenta la historia de Santiago Miranda, un actor que representa a Bolívar en una serie de televisión, se decide realizar cualquier acto que le permita concluir la tarea unificadora del Libertador y reescribir la realidad para que se parezca a los sueños de Simón Bolívar. Esto le lleva a secuestrar al presidente de la República y a tomarse el poder.

Amalia (2006) del director Alejandro Lemos, cortometraje de ficción dramático. Describe la historia de Carlos, un hombre de tercera edad que padece de demencia y delirios. Tras la muerte de su esposa, es internado en un hospital psiquiátrico donde el personal e internos le ayudan a revivir una época de antaño.





Locos (2011) del director Harold Trompetero, largometraje de ficción, drama y humor. Cuenta la historia de Eduardo, un trabajador que le contratan en el hospital psiquiátrico para pintar las paredes. Ahí, se enamora de Carolina, una de las pacientes que sufre de esquizofrenia paranoide. Tras un par de encuentros que él describe como románticos, decide llevársela a vivir con él, tratando de sacarla del estado en el que se encuentra, descubre, que a pesar de lo que haga, ella necesita estar en una institución mental, por lo que la regresa; pero sin dejar el ideal de que deben estar juntos y que ella es su verdadero amor.

Huellas (2017), del director Carlos Vergara, largometraje de ficción y drama. Pedro y Tati son una pareja que lleva una vida cotidiana, pero todo cambia cuando Pedro enloquece al creerse un niño. Su esposa, hace todo lo posible para que este se recupere, negada a interinarlo en una institución psiquiátrica, decide como última opción llevarlo a su pueblo natal, a confrontarlo con su madre y sus dos hermanos, a pesar de que su marido no les reconoce, se revela un secreto familiar, con el cual se crea la posibilidad de curarle.



Un Tal Alonso Quijano (2020) de la directora Libia Stella Gómez, Largometraje de ficción, drama y comedia. Cuenta la historia de como el profesor Alonso Quijano, experto en el Quijote de la Mancha, un día pierde la cordura y empieza a creerse el hidalgo, al ser internado en una clínica de reposo, su amigo más cercano Santos Carrascos, empieza un viaje de acompañamiento a la enfermedad y la búsqueda de su origen, para curarle.

*Fuente: Elaboración propia

Posicionamiento frente al tema de investigación:

El interés por este tema surge al tener un acercamiento personal con la estigmatización que viví cuando brotó en mí una depresión en el año 2015. Pasado un tiempo, en el 2017, me tocó enfrentar la cancelación extemporánea del sexto semestre, trayendo consigo, un acercamiento violento al servicio psicológico y médico de la universidad, así como con el área de Matrícula Académica, dado que no se consideró el diagnóstico de bipolaridad, por el

cual llevaba más de 6 meses en depresión profunda. Suponía que la depresión era una razón justificada y viable para que se pudiese cancelar el semestre, pero no fue así, no aceptaron el informe del psicoanalista, obligándome a traer diagnóstico psiquiátrico y así, ser reconocida la enfermedad por el dictamen médico y, por tanto, aplicarse la cancelación.

A partir de este momento y a través de trasegar con la enfermedad, empieza en mí un proceso de reconocimiento y visualización de las diversas violencias recibidas por el entorno, las cuales venían de los imaginarios colectivos de lo que significaba estar enfermo, de cómo debía lucir y actuar, así como el comportamiento a tener si supuestamente estaba enferma. Ello me condujo a una revaluación constante frente a la enfermedad y mi identidad propia, liberándome del autoestigma. Al pasar de los meses, pude comprender que podía continuar mi vida, a pesar de no aproximarme al otro o de llevar una vida socialmente diferente a los demás; en mis reflexiones comprendí que aprender a vivir con la enfermedad no me hace menos válida, ni justifica ser merecedora de estigmatizaciones.

Por ello, la búsqueda de imaginarios sociales de la enfermedad en el cine (que desde hace varios años ha sido un gran apoyo emocional en mi vida) surge como inquietud por estudiarlo, buscando aproximarlos a la concepción que se tiene de cara a la realidad colombiana, y reconocer cómo nos posicionamos y actuamos frente a la enfermedad mental en el marco de este producto cultural. Por otro lado, y no menos importante, este proyecto me ha demostrado la relevancia de hablar de la enfermedad mental, como un tema que debe ser socializado, puesto que estigmas y violencias surgen por la desinformación y el ocultamiento. Es significativo y de gran importancia normalizar ir al psicólogo y al psiquiatra, aceptar que se tiene la enfermedad, tomar medicamentos si es necesario, y autocuidarse para que deje de ser un tema tabú.

Capítulo. 1 Referencias conceptuales

Las referencias conceptuales que guiarán el desarrollo de la presente investigación son: estigma, enfermedad mental y representaciones sociales. Estos conceptos, han adquirido relevancia a medida que aumenta una preocupación mundial sobre la enfermedad mental; de esta manera, es importante cuestionarse cómo los medios de comunicación masivos alteran los imaginarios y cómo estos pueden estar cargados de estigmas que afectan la vida del individuo y su desarrollo. Por otro lado, se espera que este interés por la enfermedad mental ayude a informar, acercando el objeto a una idea discursiva academicista o distanciada de la realidad social del día a día.

Igualmente, se reconoce que las películas de producto nacional pueden no tener una gran influencia en el imaginario colectivo, debido a que en general, no llegan a públicos masivos, pero es importante su estudio, en la medida en que es un producto de una época específica y que, más allá de partir de una intención colectiva de quienes la producen, permite, desde ciertos elementos latentes y manifiestos, demostrar cómo estos imaginarios están inmersos en un sistema de simbolizaciones, que, a pesar de presentar rasgos positivos de la enfermedad como el amor y el apoyo en las relaciones familiares, estos pueden verse mediados por formas estigmatizantes.

Estigma

En el libro *Estigma: la identidad deteriorada* (1963), Erving Goffman presenta cómo la sociedad establece los medios para categorizar a las personas partiendo de su apariencia y atributos. El estigma, es parte de los múltiples medios de diferenciación que existen, principalmente aquellos que categorizan y separan la normalidad de alteridad en términos de contraste y valoración; estas suelen ser categorías que se imponen sobre grupos o individuos

que poseen atributos y/o comportamientos incongruentes con los estereotipos sobre cómo se debe ser, inhabilitando al sujeto para una plena aceptación social.

Para Goffman, el estigma se caracteriza de dos formas, una en la cual la diferencia puede ser inmediatamente visible, denominándola como “desacreditados”, y otra, en la cual esta no es inmediatamente perceptible, llamándola “desacreditables” (p.56-125). En este sentido, quien carga con el estigma es potencialmente visto por la sociedad “normal” como desviado e inferior, un supuesto que, valida la discriminación, y que, en la práctica, reduce sus posibilidades de vida. El individuo estigmatizado pasa por un proceso de socialización donde incorpora el punto de vista de los “normales” adquiriendo creencias relativas a su identidad, aprendiendo que posee un estigma particular y las consecuencias de poseerlo. Se genera una disociación entre las autodemandas y el yo (la persona puede creerse menos valiosa al mirarse desde auto prejuicios).

En el libro *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental* (2009) los autores Muñoz, Pérez, Crespo, & Guillén, presentan cómo la sociedad infiere que una persona tiene una enfermedad a partir de signos, y tiende a reaccionar de forma estigmatizadora ante ellos. Estos signos son los síntomas psiquiátricos, comportamientos extraños e irregularidades en el lenguaje y déficits de habilidades sociales, como el contacto visual, el lenguaje corporal, en la apariencia física se consideran la higiene personal y la forma de vestir.

De igual modo, Muñoz et al.(2009), nos señalan que el estigma en la enfermedad mental puede observarse desde dos factores: el estigma público y el auto-estigma. Siguiendo Goffman (1963), señalan que es en el proceso de socialización donde el sujeto internaliza ideas de inferioridad que le generan emociones y valoraciones negativas, condicionando el

comportamiento y llevando a la persona al aislamiento social, a los intentos de llevar una vida independiente, a la limitación de contactos sociales con quienes padezcan también enfermedades mentales, y al que se opte por no buscar tratamiento o ayuda profesional para no ser identificados y etiquetados con el grupo estigmatizado. Esta anticipación del rechazo se denomina estigma percibido o anticipado, y se relaciona con las creencias sobre la devaluación y discriminación que experimentará la persona por el hecho de padecer un trastorno mental².

Enfermedades mentales

Roger Bastide en el libro *La sociología de las enfermedades mentales* (1965) presenta el análisis de los conceptos de enfermedad mental enfocado en cómo el tratamiento hacia la enfermedad es dependiente de la sociedad en la que se desarrolla, de esta forma, tras el enfermo están todas las representaciones colectivas que (él y su entorno) se hacen de los trastornos mentales, mostrando que hay un consenso social existente que delimita la razón y la sinrazón: “no se es loco sino en relación a una sociedad dada... [y] no hay cura real sin consenso colectivo” (p.332), imponiendo así tratamientos y proporcionando objetivos a buscar.

Bastide analiza cómo a partir de la secularización y por el desarrollo de una sociedad industrial y capitalista, las bases sociales reposan sobre la libertad, autonomía y las responsabilidades individuales. Las enfermedades mentales son consideradas peligrosas al

² El estigma impacta también en aquellos que se encuentran estrechamente relacionados con el enfermo mental. De acuerdo a Goffman, el estigma por asociación afecta fundamentalmente a las familias y a los profesionales que trabajan con enfermos mentales y de forma general, todos aquellos que de una u otra forma se relacionan con ellos. Asimismo, la familia asimila los mensajes procedentes de la sociedad, los profesionales y otros miembros de la familia, generando sentimientos de autoculpa, pena, vergüenza y negación de la enfermedad, llevando al ocultamiento, el secreto y al aislamiento, lo cual puede posponer la búsqueda de tratamiento y apoyo social.

afectar la “normalidad” social, lo cual genera una política de internamiento, producto de las representaciones colectivas que se tienen sobre la locura; el individuo se posiciona como sujeto inadaptable e improductivo, excluyéndole de la sociedad e internándolo en hospicios u hospitales.

En aquellas instituciones asilares desaparecen los procesos ordinarios de interacción en una sociedad fuertemente jerarquizada, con una movilidad nula y bajo una comunicación impuesta que busca la alienación total del individuo. La “cura” de las enfermedades se basa en la búsqueda por controlar los comportamientos antisociales y hacerles cooperar lo suficiente para que puedan volver a los procesos de productibilidad normales de la sociedad. Los fármacos, electrochoques y otros instrumentos de control, como encerrarles en pequeños espacios monitoreados (aislándolos dentro del mismo hospital), la clasificación por pabellones, o el hecho de estar encerrado junto con otros locos, sirven a esta idea de pasividad y control, que más que ayudarle al enfermo y profundizar en sus verdaderas necesidades y afecciones, se le trata indiferentemente sometiéndole a procesos irresponsables, llevando a la idea de que esta política de internamiento se comulga bajo la predominancia del bien común, de no tener que lidiar con la inadaptabilidad de los sujetos; es un proceso cómodo donde el enfermo pierde paulatinamente su identidad, y más que curarse, ha de aprender a controlarse frente a los otros.

Por otro lado, Michel Foucault en el libro *El poder psiquiátrico: curso en el collège de France (1973-1974)* (2005) presenta cómo a principios del siglo XIX se establecen las grandes estructuras asilares, que se justificaban entre las agencias de orden social y exigían protección ante el desorden de los locos, además las necesidades de la terapéutica que demandaban el aislamiento de los enfermos. Para justificar el aislamiento de los locos, Esquirol, pionero de la psiquiatría francesa del siglo XVIII, mencionaba: el garantizar la

seguridad personal del paciente y la de su familia, liberarlos de las influencias externas, vencer las resistencias personales, someterle a un régimen médico, e imponerles nuevos hábitos intelectuales y morales. Cuestiones de poder que se centraban en dominar el poder del loco, neutralizar sus poderes exteriores susceptibles de ejercerse sobre él y someterlo a un poder terapéutico y de domesticación. A partir de finales del siglo XIX y consumándose en el siglo XX, la locura se retranscribe como enfermedad mental y orgánica, generándose una sobre medicación que busca reducir la enfermedad a su mínimo estricto, uniéndose directamente el diagnóstico y la terapia, el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad y la supresión de sus manifestaciones. Así mismo, busca desplazarse de los efectos propios del sistema asilar, impidiendo la obediencia hospitalaria generada por el tratamiento moral de Esquirol³.

Otras referencias del Erving Goffman que contribuyen al entendimiento del concepto de enfermedades mentales son *Los momentos y sus hombres* (1953) e *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1962). En estos, el autor observa el enfrentamiento entre lo personal y lo público (el yo y la sociedad significativa), es decir, cómo se construye el individuo a partir de un acoplamiento entre las prácticas interaccionales y la estructura social, y el cómo la degradación y la mortificación del yo genera cambios en el sistema de imágenes con que se juzga a sí mismo y a los otros. La locura, genera que el

³ Es en este periodo, donde el psicoanálisis inicia como una reconstitución del poder médico con la noción de transferencia como proceso esencial de la cura, donde hay un libre contrato entre el médico y el enfermo, y libertad discursiva; pero que aun así, mantiene la conservación de las relaciones de poder, donde hay un derecho absoluto de la no-locura sobre la locura, en términos de la competencia ejercida sobre la ignorancia, la corrección de errores, y la normalidad impuesta sobre el desorden y la desviación. Este juego de relaciones de poder, donde se condiciona el funcionamiento de la institución asilar, la distribución de las relaciones entre los individuos y la regulación sobre las formas de intervención médica, caracteriza la psiquiatría clásica.

enfermo experimente una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo, transversalizadas por la estigmatización social.

La concepción psiquiátrica de una persona solo cobra significado en cuanto altera su destino social, de esta forma la carrera moral del paciente mental se divide en las etapas de pre-paciente, el cual es el periodo previo a su internación, de paciente, el periodo de estadía en el hospital, y de expaciente, el periodo posterior al salir del hospital psiquiátrico. Cada etapa afecta la manera en la que se percibe la identidad al marcarse experiencias morales vividas. Inicialmente, al tener conciencia de la inferioridad, el paciente genera deficiencias en el sistema del yo e inseguridades en el relacionamiento social, lo que puede llevarle a denigrarse, odiarse y ser violento consigo mismo. En el proceso de expropiación de la libertad al ser internado, se desmantelan repentinamente los respaldos en los que se apoya la imagen del individuo, se inicia una mortificación del yo, y la concepción que tiene de sí mismo muta bajo la necesidad de adaptación a la organización establecida.

En la etapa de paciente, la degradación del individuo es continua, y la vida diaria se asume entre un incesante de castigos y desarraigos, violando los actos con que el actor tiene dominio. La asignación a una determinada sala, la reevaluación del pasado-presente-futuro, la historia clínica, la vigilancia moral ajena, la desacreditación del paciente y el desbaratamiento de ficciones le genera una fatiga moral que se une a la continua disminución del yo, lo que le obliga a adaptarse, pues sus ideales del ego ya no pueden suplirse por las responsabilidades morales.

En la etapa de expaciente, se presenta esta dualidad entre persona desacreditada y desacreditable que lleva al enfermo al encubrimiento, ocultando información sobre su identidad social real, al enmascaramiento, y a la normificación. Cada carrera moral, se desenvuelve dentro de los límites de un sistema institucional, el yo radica en las disposiciones

vigentes para los miembros de un sistema social y es inherente al control social ejercido sobre el sujeto por el mismo y los otros.

Representaciones sociales

En cuanto al concepto de representaciones sociales, Serge Moscovici en el libro *El psicoanálisis, su imagen y su público* (1979) presenta como éstas son una modalidad de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre individuos, al organizar imágenes y lenguajes que recortan y simbolizan los actos y situaciones que son o se convierten en comunes, siendo así, un reflejo de la conciencia individual y colectiva. Se refiere entonces, a este sistema de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse y dominar el contexto social y material. Los objetos se inscriben en contextos activos y móviles, las personas y la colectividad le conciben en función de los medios y métodos que permiten conocerlo, de esta forma, según como una persona haya experimentado y se haya acercado a cierto objeto depende el cómo la defina, le valore y que tanto sepa de ella.

De igual modo, los prejuicios sociales no son aislados, se posicionan desde sistemas de razonamiento de lenguajes que corresponden a la naturaleza biologicista y social del hombre, y son móviles, al comunicarse entre generaciones y clases; quienes son objeto de los prejuicios, se hallan oprimidos a entrar en moldes sociales y formarse y adaptarse a ellos.

Continuando con esta idea, el saber científico y su forma de esparcimiento se aleja de la población general ante la dificultad de captar el lenguaje, reproducir su contenido, confrontarle con informaciones y experiencias directas, y adecuarlo al entorno inmediato. Participa entonces, de un “mundo del discurso” que se aproxima a la realidad social, sus observaciones interfieren las observaciones propias, y su lenguaje o nociones elaboradas de

hechos ajenos, fijan atención y cuestionamientos. Las fuentes de información son un lugar de mediación entre los diferentes tipos de comunicaciones, y así mismo, son un canal al ser el punto de partida de una información y el sostén de su comunicación.

El conocimiento que una persona posee de las enfermedades mentales parte según la función social de esta: desde la comunicación institucional, como lo son estudios e investigaciones científicas y la no institucional, con la reciprocidad o no reciprocidad de intercambios. Y desde la comunicación direccional, como el cine, la prensa, la radio y de impacto o transitiva, como las conversaciones.

Según Denise Jodelet en el artículo *El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales* (2008) las representaciones sociales tienen una función expresiva; su estudio permite acceder a los significados que las subjetividades individuales y colectivas atribuyen a un objeto en el entorno social y material, y examinar como sus significados se articulan a sensibilidades, intereses, deseos, emociones y al funcionamiento cognitivo. La autora realiza una reivindicación del yo, donde a pesar de que la subjetividad de una persona se crea y moldea por el devenir histórico, social e institucional de origen político, religioso, técnico, artístico y demás, al estar controlada por dispositivos de poder, se pueden concebir otras modalidades de producción subjetiva procesuales y singularizantes; el actor es agente y posee la posibilidad de elecciones racionales y la capacidad de oposición a la estructura. Este posee horizontes de observación, los cuales le confieren sentido a un objeto o acontecimiento, apelando a sus sistemas de representaciones trans-subjetivos que moldean sus percepciones, pero así mismo, un mismo objeto da lugar a intercambios de interpretación y confrontaciones de posición, con los cuales los individuos expresan su identidad y pertenencia, apropiándose de estos en razón de adhesión y afiliación. El

pensamiento del sujeto, modelado por la esfera trans-subjetiva, de condicionamientos sociales, se convierte en una voz y vía de la intersubjetividad.

Pierre Sorlin, en el libro *Sociología del cine. La apertura para la historia de mañana* (1985), sostiene que el cine es una expresión ideológica, que manifiesta parcialmente el sistema de simbolización de cierta época, al ser transversalizada por preocupaciones, tendencias y aspiraciones específicas. De esta forma, hay una relación homóloga entre los films y el medio que las produce; las películas son la creación de un grupo de individuos que plantean una visión de perspectiva reveladora de mecanismos y trasfondos, lo que contribuye a la movilidad de relaciones simbólicas en los imaginarios sociales. Por lo tanto, la transparencia en la representación es entonces imposible, ya que, partiendo de puntos de vista específicos, y cargada con disposiciones sociales y culturales, lejos de ser un “espejo de la realidad” se convierten en un producto ideológico que al mismo tiempo es representación y creación de meta-historia.

De esta forma, se observa como las representaciones en el cine, parten desde la reproducción de formas y concepciones sociales de una época específica, así, a las enfermedades mentales se les ha aproximado desde la mirada estigmatizante de la anormalidad y la otredad, que conlleva a la reproducción de imaginarios excluyentes y negativamente afectantes; aun así, gracias a la promoción y distribución de información, y el incremento de interés sobre el tema, este tipo de representaciones cambia y se moviliza.

Capítulo 2. Caracterización de los personajes y su relacionamiento

Los personajes con enfermedades mentales

En la construcción de personajes con enfermedades mentales se adhieren rasgos que a juicio y según el modelo hegemónico constituyen el significante de la locura. El personaje al ser signifiante y significado, presenta características que atienden a su naturaleza semiológica y que le hacen reconocible en virtud de la presunta diferencia (Alfeo, 2007). En el análisis de las características directas e indirectas de la representación de los personajes con enfermedades mentales, y partiendo de la metodología antes descrita, se analiza entonces: los rasgos relativos a la apariencia del personaje, el perfil socioeconómico, la caracterización de la enfermedad mental del personaje, las acciones y espacios diferenciales, y las formas de estigmatización que este sufre.

De esta manera, se denota que en los personajes principales se representa una correlación directa entre la apariencia general del sujeto, la enfermedad que padece y el estado de avance, así como el perfil socioeconómico. Estos son símbolos de transmisores de información social que confirman la asociación del individuo a formas desacreditables y a su vez son revelaciones involuntarias de signos de su supuesta diferencia (Goffman, 1963). Inicialmente hay una caracterización de la apariencia que se adecua a la normificación social pero en la medida que avanza la enfermedad o el personaje se encuentra en crisis, este denotará deficiencias en el autocuidado y postura corporal, su vestuario se altera ante el uso de disfraces o formas desaliñadas que no combinan en colores y formas, visualizando una incapacidad.

Como se puede observar en los apartados de análisis de caracterización directa e indirecta del personaje del anexo número 2 y de los datos obtenidos por la codificación

APAENF, ACDIF, CONDNEG, RELFAM, RELHOSP y APESTIG, la apariencia general de este se vincula al control sobre el sujeto por parte de la familia o la clínica, presentados como los entes cuidadores; en la manera que el personaje avanza en la enfermedad o entra en crisis, se representa en no poseer las herramientas necesarias para el automantenimiento y el entendimiento de cubrir por si mismo sus necesidades básicas, o se genera un deterioro progresivo de desapego a la realidad. Esto demuestra aún más la necesidad del cuidado y atención, a través de tratamientos clínicos, hechos para la supresión de las manifestaciones de la enfermedad y el poder clínico, como medio necesario, para la búsqueda de una cura (Foucault, 2005).

Las enfermedades mentales, son manifestadas a partir de acciones diferenciales y la apariencia general de la persona; por medio de los personajes principales se analiza el desarrollo de la enfermedad y sus diferentes matices desde la libertad del individuo y el constreñimiento clínico. Denotando entonces, el porqué de sus enfermedades parten desde factores estresantes y cómo el sujeto es incapaz de hacer frente a realidades dinámicas, que suponen enfrentamientos directos con sus deseos y preocupaciones. Gran parte de la necesidad de controlar sus comportamientos antisociales, curarle y devolverle a su estado anterior, viene desde una necesidad familiar o de su círculo cercano de retornarle a aquellos procesos de productividad y normatividad social, que sus afiliaciones suponen y necesitan de él (Bastide, 1967).

Dentro de los instrumentos de análisis podemos ver los rasgos del perfil socioeconómico (CARCONT) donde se escenifica la vivienda de la persona, el trabajo que posee, la clínica donde se ha internado, determina su acceso a tratamientos, a la viabilidad de un acompañamiento familiar, a un cuidado más próximo o individualizado del personal médico; así como, a las características del hospital al que puede ser internado y la posibilidad

de tener espacios privados y amplios. Realizando una triangulación de los datos generados a partir de la codificación, obtenemos un análisis comparativo entre las películas, allí se observa como pacientes con una misma enfermedad, demencia senil, son internados tanto en hospitales psiquiátricos, como en hogares geriátricos adecuados para su comodidad y atención continua.

De igual forma, se identifica que la enfermedad mental, puede surgir en cualquier entorno social y no se le ata a una determinada tipificación o clasificación de personas, más si se ve incrementada y producida por una sociedad que exige formas productivas cargadas de factores estresantes y que no se preocupa profundamente por un bienestar constante de los individuos y la resolución de sus traumas (Bastide, 1967).

En cuanto a la representación de personajes secundarios con enfermedades mentales, estos poseen dos formas generales en la muestra: como primera representación se reconoce que gran parte de los adultos de la tercera edad sin importar su perfil socioeconómico, poseen algún tipo de demencia sea en etapa temprana o tardía; la demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva que va más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. Los síntomas caracterizados en los films son la tendencia al olvido, desubicación espacial en el tiempo y espacio, incapacidad para reconocer familiares y amigos, confusión en la relación con el otro, alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y pueden terminar en formas violentas, las cuales generan necesidad de cuidadores como la familia o el internamiento en hogar geriátrico. No obstante, se ha de recalcar que el envejecimiento no es causa directa de demencia. (OMS, 2020).

Como segunda representación, se reconoce una generalización de los comportamientos de los enfermos reclusos en los hospitales psiquiátricos cuando se les

presenta como personas sedadas, sin capacidad o dificultad para su cuidado propio y autoimagen, sin autocontrol corporal, lentitud en sus movimientos, susceptibles a la irritabilidad y desencadenamientos violentos. Para profundizar mejor sobre este tema, se puede revisar en las fichas en el apartado “análisis de la acción diferencial”. Así mismo, la representación difiere según se encuentren en un contexto rural o urbano, y ello se vincula al nivel socioeconómico. Por ejemplo, el vestuario pasará de ropa de calle variada por batas de hospital y ropas amplias con colores cálidos, el estado de las prendas también difiere entre ropa nueva a prendas usadas, y no se cambia de ropa durante toda la jornada.

Como se muestra en el apartado de análisis del espacio y tiempo y los datos generados por la codificación ESPDIF, los espacios diferenciales en los cuales habita el enfermo presentados en las películas son: el hospital psiquiátrico, también llamado clínica de reposo (como un nombre con menos carga social negativa), la casa del personaje y la casa de un familiar. Hay una constante muestra de que el enfermo no debe compartir espacios públicos ante la posibilidad de perturbaciones sociales y para asegurar su seguridad y la de los otros. Adicionalmente, los persiguen y buscan en ambulancias, se asustan en caso de pérdida ante posibles acciones violentas y se piensan como únicas posibles opciones el cuidado familiar en casa o el internamiento. (Focault, 2005)

Las acciones diferenciales que realizan los personajes con enfermedades mentales y los recursos visuales y sonoros que utilizan las películas para presentar un delirio específico, se asocian a: respiración rápida, sudoración, ansiedad, hablar rápido, incapacidad de tener conversaciones lineales, hablar sólo o hablar con personajes creados, irritabilidad que les puede llevar a hacer uso de insultos y palabras soeces, acciones violentas consigo mismo (autolaceraciones) o con otros, incapacidad de reconocimiento y el desligamiento del peligro, la respuesta agresiva e impulsiva ante el cambio y la discusión, la pérdida de temperamento,

la incapacidad de autolimitación, la utilización de medios religiosos como forma de penitencia, adoración a varios dioses, pérdida de control motor, incapacidad de autocuidado, pérdida espacio-temporal, no tener control emocional, no reconocer a familiares y amigos, falta de controles morales, no reconocer el delirio y no seguimiento de la ley.

Un tema a reconocer hace referencia a la sexualidad, esta se puede observar desde dos formas: desde la infantilización del enfermo, donde éste pierde el deseo sexual o no lo tiene, y así mismo no debe ser objeto de deseo sexual; o en cambio una erotización desenfrenada, con dificultades en el autocontrol. Hay un imaginario colectivo establecido socialmente que asocia a algunas enfermedades mentales con conductas extravagantes incontroladas y a menudo éticamente repugnantes, más estudios aprecian que la conducta sexual es normal o reducida en personas con enfermedades mentales, si se compara a la población general. En la realidad, el aislamiento y la falta de habilidades sociales, además de limitaciones farmacológicas y socioculturales, actúan como barreras en la sexualidad, lo cual reduce la calidad de vida de las personas (Salvador et al., 2000).

Se reconoce entonces, una asociación constante de las acciones diferenciales con la representación de personajes enfermos, notando la necesidad de hacerle notar diferente sea en su vestimenta, sus movimientos, sus actos, el descontrol de sus acciones y falta de preocupación moral y de control hacia sí mismo, que puede llegar a ser estigmatizante. Aunque con esto no se parte de que todas las acciones sean estigmatizantes, pues hay formas irresolutas sobre cómo se visualiza una enfermedad sobre ciertos diagnósticos, la generalización de ésta, si puede ser reproductora de prejuicios, especialmente lo que refiere a como se visualiza la enfermedad, la continua vinculación con conductas socialmente negativas, y a la necesidad de control y cuidado constante por parte de familiares, personal médico, o judicial.

Relacionamiento con el entorno

Al analizar las relaciones con el entorno, es necesario profundizar en el vínculo del enfermo mental con las redes familiares, las redes de amigos y el trato general brindado por el público. De esta forma, la familia y las redes de apoyo cercanas como los amigos se representan como un eje fundamental de apoyo necesario, donde se realiza un acompañamiento en la enfermedad, de cuidado y atención desde el amor.

El estigma sobre las enfermedades mentales impacta también en el entorno inmediato del sujeto, este estigma por asociación produce que desde aquellas concepciones de lo que esto significa socialmente, inicialmente se niegue la posibilidad de una enfermedad ("el maestro no está loco, es un juego" - pedro no está loco... yo no lo voy a llevar a un manicomio, él no está loco) ante lo que simboliza la pérdida de un ser querido cuando padece la enfermedad, la entrada a la necesidad de su cuidado permanente, el estigma social que supone poseer un pariente enfermo, y el enfrentamiento a la decisión ante la permanencia de cuidado directo (Muñoz et al., 2009) como lo describe los rasgos relativos de la relación del personaje con su entorno y los resultados obtenidos de los datos codificados RELFAM, RELAMG, RELPUB y PALENF.

Dentro de estas representaciones de las reacciones familiares ante el inicio de la enfermedad y su negación, se introduce la búsqueda de otros medios de curación por vías religiosas, que se apartan de la institucionalidad psiquiátrica, de esta forma. Por ejemplo, el personaje de largometraje "Huellas" (2017) es llevado al río por su familia para realizar un exorcismo junto con el pastor de la comunidad.

En ese sentido, el cuidado de parientes con enfermedad mental en el espacio familiar es complejo, diverso, problemático y ambiguo, que resuelve las necesidades de cuidado,

atención y asistencia, pero es generador de cargas en quienes lo asumen y de renuncias en la cotidianidad. A pesar de las adaptaciones generadas en este ámbito, los parientes pueden considerar que la familia no es el mejor espacio para su cuidado dadas las implicaciones en el tejido relacional y la inviabilidad de cuidarle acertadamente. Por ello, se plantea el internamiento y la institucionalización como una alternativa, aunque esta dependerá de las condiciones económicas, la oferta institucional y las políticas públicas de posibiliten la relación Estado-familia. De no encontrarse otros apoyos diferente a la institucionalidad, la familia y los cuidadores, se presentan entonces como la única alternativa de cuidado, generándose una carga que podría llegar incluso a exponer la salud y el bienestar de ambas partes. (Solano & Vasquez, 2014).

Se denota entonces, una representación constantemente positiva del enfermo en sus relacionamientos cercano: como, desde el delirio y la enfermedad, la persona da muestras de afecto, mantiene vínculos fuertes, se apoya emocionalmente en su familia y si no tiene contacto con ella, la anhela, su comportamiento con ésta es mayoritariamente tranquilo y amoroso. Con lo anterior se manifiesta, que no todas las representaciones sociales del enfermo mental en el cine se cargan con estigmas reproductores de estereotipos negativos, sino en cambio, demuestran la importancia de las redes de apoyo primarias en la vida del enfermo.

En lo que respecta a los relacionamientos con el público en general, el enfermo se representa al imaginario colectivo como alguien no apto socialmente; sus manifestaciones desviadas es algo de lo que el común de la gente debe alejarse ante la posibilidad de que este tenga reacciones negativas que los puedan afectar. De esta forma, es desde las representaciones sociales de la anormalidad, donde se legitima reacciones como que algunas personas se queden viendo al enfermo en la calle, se alejen de él, se rían y hablen

evidentemente sobre él, perpetuando que al enfermo se le busque apartar de los lugares públicos y se lleve a espacios privados como la casa familiar o el internamiento. Así mismo, cuando estas manifestaciones no son evidentes y logran encubrirse, quien posee información sobre la “deficiencia” y le conoce cómo una persona desacreditable, entrara a cuestionar la enfermedad (“no se le había corrido el champú, yo lo veo bien”-”yo creo que tu marido te está manipulando”), lo que plantearía que dentro de los imaginarios colectivos, la enfermedad posee signos específicos que son fácilmente visibles desde la exterioridad; además, el tener una enfermedad mental, es una situación que se puede actuar siguiendo aquellos rasgos vinculantes, para ser utilizada a conveniencia individual, posicionamiento, que desacredita directamente a quien la padece, ante la observación de que este puede estar mintiendo sus síntomas o de que la enfermedad no es real (Goffman,1963) (Muñoz et al.,2009). Esta descripción surge desde la caracterización mental del personaje en los apartados origen, genesis y cura (CURAENF y ORGENF), dado que se observa en dos personajes que dejan en duda su enfermedad, y devela la posibilidad de decir que es “fácil” actuar o fingirla.

Capítulo 3. Relacionamiento con la institucionalidad psiquiátrica

La representación de la institucionalidad psiquiátrica plantea que el hospital psiquiátrico y el saber clínico son la primera instancia tras surgir la enfermedad mental, y que esta carga con un sinnúmero de estigmas que generan, el que se rechace la idea de la locura, o se generen encubrimientos ante lo que significa ser internado, pasar por un tratamiento y ser diagnosticado. Estos estigmas no solo parten de los estereotipos ligados a la enfermedad mental sino también, a representaciones violentas de la institución, como es el trato hacia el paciente, y la búsqueda de su alienación y control.

Descripción del hospital psiquiátrico

El hospital psiquiátrico, visto como un espacio diferencial al que los sujetos con enfermedades mentales pertenecen, se vuelca como la primera opción o el primer paso a seguir sobre lo que se debe hacer con el enfermo. Además, de representársele como un lugar de pacientes crónicos, pues no se demuestran otras afecciones que no se caractericen por el delirio, la falta de autocontrol o la sedación, en general una alienación total de la enfermedad.

Es en este espacio de institucionalidad total, las películas representan la degradación del yo descritas por Goffman (1962); el sujeto al ser internado, afronta las significancias de las limitaciones de su libertad mientras se le categoriza, asignándosele a una sala o pabellón según las características de las manifestaciones de su enfermedad y su capacidad de autocuidado y control corporal, lo cual rompe con sus roles sociales para pasar a ser un paciente más cumpliendo una rutina diaria. Se presentan también los tratos violentos, los golpes, las terapias de shock, el arrastrarles, la inmovilización, el trato brusco, gritarles, o el obligarles en la medicación, además de la desacreditación, donde no se le cree, ni se toman en serio sus palabras, como si este perdiese la capacidad total de racionalizar y mantener

conversaciones coherentes, haciéndoles percibir que se encuentran en un ambiente que no garantiza la integridad física.

Se menciona, que, aunque todos los establecimientos representados poseen características similares como el ejercer rutinas o la asignación de salas, el tipo de establecimiento que violenta continuamente al sujeto descrito por Goffman (1962) no es el único, hay espacios donde se busca el uso de tratamientos alternativos, el acompañamiento y la escucha, haciendo uso de aquellos tratamientos clásicos únicamente cuando son estrictamente necesarios. Todo ello puede verificarse a través de la codificación de la información generada por RELHOS, TRATMED, ESPDIF y en los cuestionarios, en los apartados: “análisis de espacio y tiempo”, “caracterización de la enfermedad mental del personaje” y “caracterización de la carrera moral del personaje”, cuando esta aplica.

A partir de la muestra seleccionada, se hace presente también, la distinción entre los hospitales psiquiátricos rurales y urbanos, que denotan diferenciación en la inversión y capacidad económica. Los escenarios rurales son casas de una sola planta con personal médico limitado; habitaciones compartidas entre gran número de enfermos o habitaciones privadas de tamaño reducido con poco mobiliario antiguo de madera, ventanas pequeñas, y baños compartidos; con zonas sociales limitadas a patios internos cubiertos, o extensiones grandes de terreno. Por otra parte, los escenarios urbanos se nos presentan como espacios amplios e iluminados, casas o edificios de varios pisos, con ventanas altas o vidrieras, mobiliario nuevo y cómodo, adaptaciones hospitalarias, habitaciones y baños privados, con mucho personal médico, que genera atención inmediata y personalizada. Los espacios sonoros y tranquilos dependen de la proximidad en la que se encuentren a la ciudad.

Finalmente, desde la categoría de análisis de espacios diferenciales que se le asignan al enfermo mental, se hace mención a la diferencia de representación disputada entre el

cuidado hospitalario y el cuidado familiar, y las diferentes prácticas que conlleva. La familia es un ente amoroso pero que tiene limitaciones ante la atención adecuada del cuidado sea por razones económicas o físicas. Por otro lado, el hospital se liga a tratamientos médicos mayoritariamente violentos con el cuerpo y la mente, que constriñen al enfermo, sin embargo, poseen el conocimiento adecuado para su cuidado o la búsqueda de una cura.

Representación de las Terapias

Estas son representadas como medios para el control de síntomas y la posibilidad de alcanzar una cura; las cinco (5) películas hacen uso de las terapias desde diferentes perspectivas que agrupan una mirada positiva sobre la necesidad de ellas para la vida más tranquila del paciente, donde sus síntomas sean reducidos, y una mirada estigmatizante que las posiciona como medios violentos de control, que no se asemejan a la realidad actual, y que afectan los imaginarios negativos de la psiquiatría. Las terapias representadas son la farmacológica, la electro convulsiva o electrochoques y terapias alternativas. Se puede profundizar a través de los datos generado por la codificación TRATMED y APESTIG.

La terapia farmacológica se representa como medio primordial para el tratamiento de la enfermedad mental proporcionada a todos los personajes con enfermedades mentales de la muestra; de su caracterización se puede inferir su importancia para la reducción o eliminación de síntomas, como también la mitificación perjudicial. De esta forma se reconocen dos imágenes negativas: la del medicamento como tratamiento totalmente alienador, donde el personaje pierde por completo el control motor estando sedado, babeando y con mirada perdida, hecho que genera que el cuidador familiar decida terminar la terapia y buscar otras vías. Y, la del medicamento como medio de reducción eficaz de síntomas pero que se asume como opioide al ser comparada con la heroína.

Esto es visible en tres personajes principales: Santiago en “Bolívar soy yo” (2002) cuando se le inyecta un fármaco mientras usa una camisa de fuerza, quedando sedado por completo, Carolina de la película “Locos” (2011) quien al no tener acceso a los fármacos que se le había medicado, es inyectada con heroína debido a la comparación que realiza el farmacéutico al negarle la venta libre de los medicamentos, y Pedro de “Huellas” (2017) a quien formulan medicamentos tan fuertes que al tomarlos pierde su control motor y su esposa decide suspender la terapia. Estas escenas reproducen una profunda estigmatización sobre los tratamientos reales que se adecuan para cada paciente, allí se espera controlar sus síntomas e incluso pueden conseguir la cura. Además, se han demostrado eficaces y seguros con el acompañamiento de un especialista. Sin embargo, representarlos desde los prejuicios incrementa la aversión por el uso de fármacos psiquiátricos y hace que quienes lo necesitan no hagan uso de estos.

Las terapias electroconvulsivas también llamadas electrochoques, se representan de manera violenta y como modo de contención corporal ante la crisis, en la película *Locos* (2011) la paciente es arrastrada a una habitación donde se le ata a la fuerza a la camilla de intervención, amarrándola de pies y manos mientras esta forcejea y grita para que la suelten, la sedan de forma intravenosa y seguidamente se le aplica la intervención; al finalizar la paciente queda totalmente incapacitada, babeando, con la mirada perdida, con incapacidad de control corporal y una alienación total, esta debe ser llevada a una habitación especial de descanso donde se le mantendrá atada por unos días, hasta que se recupere del todo. La terapia es aplicada dos veces a lo largo de la película y muestra iguales resultados.

En la película *Bolívar soy yo* (2002) el especialista asignado por la producción para el acompañamiento del personaje principal tras una paulatina degeneración de la enfermedad, recomienda que este sea internado en una clínica de reposo por un par de semanas, al tener

una negativa por parte de la productora y el director de la serie, recomienda el sedarle fuertemente y practicarle electrochoques, en sus palabras: *“esta es una forma de electrocución drástica donde el paciente queda sin sentido dando un choque no letal, y ha de descansar por unos días hasta que poco a poco reconstruya la personalidad perdida, pero esta puede dañar de forma permanente sus reflejos, reducirlo a una personalidad manejable y convertirle en un actor bastante idiota”*.

Este tipo de representación no podría estar más alejado de la realidad actual, esta ha evolucionado desde las formas violentas del siglo XX y en la actualidad incluye el uso de anestesias, relajantes musculares, oxigenación, monitorización del paciente y consentimiento consensuado. Es una terapia efectiva, segura y bien tolerada, indicada especialmente para tratamientos de depresión, esquizofrenia y síndromes catatónicos; aunque es un tema debatible en la psiquiatría moderna, esta garantiza la seguridad del paciente y se maneja en patologías cuyo tratamiento no ha podido ser manejado farmacológicamente y continúa ocupando “un lugar importante” en Colombia, para la disminución de síntomas. (Ocampo et al., 2012)

Por ultimo, se presenta el uso de terapias alternativas planteadas desde el psicoanálisis, donde sin hacer uso de farmacos, se acompaña en la continuación del delirio buscando en este respuestas sobre el origen y el porque de la enfermedad que le ayuden a la resolución del conflicto interno generador de la crisis, y así la cura o la disminución de tales manifestaciones delirantes.

Representación de las enfermedades mentales y correspondencia con la realidad clínica

Como se ha presentado anteriormente, las enfermedades mentales se representan a partir de símbolos sociales que el imaginario colectivo asocia con la locura, pero más allá de las acciones diferenciales que se puedan presentar de forma general, es importante, aproximarse a las formas específicas en las que cada enfermedad fue representada en las películas y si estas corresponden con una realidad clínica, cuestionándolas desde la herramienta de análisis elaborada por un psicólogo y la autora.

- **Bolívar soy yo (2002):** para el inicio de la obra, se dan rasgos de alucinaciones y signos de pérdida de la realidad, sumado con alteraciones en su estado de ánimo y consecuentes signos de complicaciones que iban sumándose. El internamiento en el hospital psiquiátrico y los manejos hacia el enfermo que se tenían hasta la mitad de la película, son consecuentes la realidad de un tratamiento médico. No obstante, pretender que una escena sobre un actor interpretando un personaje logre secuestrar a un presidente y llegar hasta dichas consecuencias, no solo es poco probable sino también incoherente de que, en dicho estado de pérdida de la consciencia y comprensión de su enfermedad, sumado a la mayor presencia de alucinaciones, debería al menos recibir un tratamiento de mayor severidad que por lo menos estabilice y no afecte su calidad de vida o represente un riesgo ante otros, hecho con el cual concluye precisamente la película.

La relación entre el drama y la metáfora alrededor del conflicto y la historia del país opaca la pertinencia sobre cómo se puede interpretar apropiadamente una persona que pasa por un episodio de psicosis, hasta la conformación de un delirio de grandeza.

-**Amalia (2006):** El caso del protagonista de esta historia es un cuadro de demencia senil, que corresponde a los signos de un deterioro cognitivo avanzado, donde su aspecto psicomotor, las percepciones de su entorno, lo que describe sobre la relación con su esposa y el hecho de verla aparentemente, son acordes. Así mismo, quizás por lo que se refiere a un

contexto rural donde transcurre la película, presentan que su tratamiento es igualmente dado junto con pacientes que tienen rasgos de alucinaciones o delirios, lo que podría asumirse como un hospital psiquiátrico.

Sobre esos detalles, tanto por la sintomatología expuesta, así como el contexto y finalmente los detalles del entorno suponiendo que se trata de un ambiente rural, es una perspectiva acorde a lo que podría ser el tratamiento médico de un paciente con demencia senil en dicho contexto.

-Locos (2011): Por encima del contexto que pretende exponer sobre la enfermedad, en los ojos de alguien que aparentemente desarrolla tales signos y comienza a delirar, parece ser que todo era una sátira, como lo deja entender el final de la película, él no enloquece, se enamora y por ello pretende enloquecerse para estar con Carolina, de ahí el paso a paso de los últimos 20 min de la obra. Por fuera de ello, aunque exagerados los personajes secundarios y el contexto no tan cuidado, ya que un tratamiento electro convulsivo debería tener otras medidas de cuidado, por ejemplo revisión de signos vitales, y entender que aparentemente el tratamiento farmacológico suministrado a la otra protagonista era metadona o algún opioide, de ahí el hecho que digan que es casi heroína, no termina de ser convincente tal exposición de los hechos, partiendo por ejemplo que si ella era una paciente agresiva, debería estar en una sala de mayor contención.

-Huellas (2017): se destaca inicialmente sobre su esfera mental, los antecedentes de diabetes mellitus por parte de los padres, y que durante la película se le ve expone con el coma diabético, la tendencia al consumo de alcohol en el padre, las alteraciones en su comportamiento con tendencias a la irritabilidad y finalmente los rasgos traumáticos que tiene aquella vivencia en su niñez que le ocasionan el episodio de laguna mental donde retrocede hasta su edad de cuatro años, donde el padre se va de la casa.

Sobre el desarrollo de la película y la posibilidad de un diagnóstico así, si bien por ejemplo con el Alzheimer por su condición de enfermedad degenerativa ocurre algo similar, o con la esquizofrenia pueden darse episodios de despersonalización y delirios, hasta cuadros depresivos que puedan caer en trastornos de la personalidad, de acuerdo al periodo de tiempo que si bien no es claro, se entiende que supone al menos tres o seis meses de tiempo, no es posible que una enfermedad como las anteriormente descritas o similar pueda provocar dicho padecimiento, considerando la severidad de los síntomas así como lo disruptivo, donde no habían antecedentes previos de situaciones así, salvo ataques de ira y un conflicto entre los hermanos y el protagonista.

-Un Tal Alonso Quijano (2020): la película presenta un cuadro de demencia; aunque no se percibe la relación, a nivel médico del fenómeno traumático donde pierde a su hija y esposa con la actualidad de su malestar, parece ser un paciente donde su demencia lo lleva a tener momentos que su afecto triste, que gira si realmente hacia una depresión, lo conducen a tales alucinaciones, quizás enfocándose en aquello de la depresión, podría ser un cuadro clínico más convincente, no obstante, cuando aparecen las alucinaciones, sus momentos de agresividad, la mezcla sobre un curso de pensamiento laxo que aparente desconectarse con la realidad, quedan difusos las alteraciones de su estado mental y no parece concluir en un cuadro clínico propio, de demencia, depresión, u otra enfermedad mental.

Se encuentra entonces, que al igual que en los resultados de las investigaciones realizadas por Pina (2017) y Vera Posack (2006) mayoritariamente no se realiza un tratamiento realista sobre las patologías o trastornos mentales y su atención clínica, partiendo de la dificultad de diagnóstico preciso, los signos o síntomas que el personaje padece, y la aplicación de tratamiento clínico insuficiente o mal establecido.

Así mismo, dentro del análisis del desarrollo de la enfermedad, su origen, génesis y cura, se presentan situaciones irreales sobre cómo esta puede producirse ampliamente de la noche a la mañana, sin una visualización degenerativa, así como puede curarse en un segundo ante la resolución del conflicto inicial. Se presenta también, la idea de que el sujeto puede tomar acciones adheridas socialmente a cómo ha de comportarse un enfermo, y fingir estar enfermo, buscando objetivos propios de tranquilidad y libertad, y que puede “curarse” ante la simple idea de que está fingiendo. Estos conceptos generan estereotipos falsos sobre la enfermedad que afectan y estigmatizan la vida de las personas que padecen tales enfermedades, bajo la idea de una cura “milagrosa” e instantánea.

Conclusiones

En la representación de personajes con enfermedades mentales se adhieren rasgos que desde un modelo hegemónico constituyen el significante de locura; este presenta características que parten a la naturaleza semiológica y que le hacen reconocible desde una supuesta anormalidad. La alteridad en los mecanismos de interacción permite una continua confrontación con las singularidades del otro, es por ello que el yo se construye desde la diferencia y es justamente la imprevisibilidad que ésta carga, como se producen designaciones valoradas negativamente. En ese sentido, las personas sanas necesitan del otro (enfermo mental) para diferenciarse y delimitar una posición social, este contraste crea la imagen de la deficiencia y el peligro.

De esta forma, hay una correlación entre la apariencia general del sujeto, la enfermedad que padece y el estado de avance de esta, símbolos transmisores de información social que confirman la asociación del individuo a la enfermedad mental y que son transversalizadas por estereotipos y estigmatizaciones sociales. Las acciones diferenciales que se asumen como representación del enfermo mental parten desde la necesidad de hacerle notar la presunta diferencia sea en cómo se viste, sus movimientos, actos, falta de control corporal y moral.

Así mismo, la familia y las redes de apoyo se representan como un eje fundamental en el cuidado, asistencia y atención hacia el enfermo mental, pero que le confiere cargas a quien lo asume, haciendo que los familiares centren su atención desde un acompañamiento continuo, generando la renuncia a libertades propias o que se torne inviable por implicaciones económicas, físicas o psicológicas, de allí que el internamiento en un centro psiquiátrico se vea como única alternativa. Por eso, la representación del enfermo con sus relacionamientos

cercanos es positiva, y parte desde una afiliación amorosa con accionares tranquilos, accesibles y amistosos.

En cuanto a los relacionamientos con la sociedad general, el enfermo mental es visto como no apto socialmente al cargar con etiquetas desacreditables que pueden vislumbrarse “fácilmente”; se legitima el que este no pertenece al espacio público, ya que tales manifestaciones anormales pueden ser resultantes de afectación tanto para sí mismo como para los otros, se sigue manteniendo una idea de necesidad sobre el control corporal del enfermo.

Continuando con el análisis, las representaciones de la institucionalidad psiquiátrica parten de este como medio principal de tratamiento y acercamiento necesario para el entendimiento y cura de la enfermedad mental; a pesar de ello, esta carga con profundos estigmas que parten de los estereotipos sobre quienes se relacionan con la enfermedad, las representaciones de la institución, el trato al paciente desde la alienación y control que puede llegar a ser violento y afectante físicamente para el individuo. Esto es observado en la representación del hospital psiquiátrico como institución total, que degrada el yo del sujeto, desde una representación desinformada y violenta de como los tratamientos farmacológicos y electroconvulsivos afectan el deterioro del individuo en vez de hacerle mejorar.

Finalmente, se visualiza que de forma general no se realiza un tratamiento realista sobre las patologías mentales y su debida atención clínica, haciendo uso de esta como una forma de liberación ante el desarrollo de libretos flexibles que poseen personajes que pueden realizar todo tipo de acciones desviadas, y se tiene la posibilidad de justificarlas desde la idea de que poseen una enfermedad mental y por ello se comportan de cierta manera. Esta aproximación a la representación de la enfermedad mental es estrictamente estigmatizante y afecta la vida de quienes padecen una enfermedad.

Bibliografía

- Alfeo, J. C. (2007). Una propuesta cuantitativo/cualitativa de análisis del personaje cinematográfico aplicada al personaje homosexual. En J. (ED.) Marzal, & F. Gomez, *Metodologías de análisis del film* (págs. 167-178). Madrid, España: Edipo.
- Ayertaran, S., & Paez, D. (1986). Representaciones sociales de la enfermedad mental. *Aso. Esp. Neuropsiquiatría*, VI, 95-128.
- Bastide, R. (1967). *Sociología de las enfermedades mentales*. Siglo XXI editores.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas, revista de la escuela de psicología facultad de filosofía y educación*, 53-82.
- De la Peña Martínez, F. (2009). Las imágenes de la locura en el cine como representaciones culturales. *Cuiculco, enero-abril*(45), 11-25.
- Focault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica .
- Glaser, B., & Strauss, A. (1999). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research (El descubrimiento de la teoría fundamentada: estrategias para la investigación cualitativa)*. New York: Aldine De Gruyter.
- offman, E. ((1963)(2006)). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires- Madrid: amarrortu editores.
- Goffman, E. ((1962)(2001)). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. ((1953)(1991)). *Los momentos y sus hombres*. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *CONNEXION*(89), 25-46.
- Martini, S. (2000). *Periodismo, noticia y noticiabilidad*. Grupo editorial Norma.
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum qualitative social research*, 1(2).
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público* . Buenos Aires: Huemul S. A.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S. A.
- Ocampo, M., Ramírez, C., Franco, J. G., Gómez, L., Cardona, G., & Restrepo, C. (2012). Características clínicas de 276 pacientes tratados con terapia electroconvulsiva en una clínica universitaria de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(2), 357-370.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *COVID-19 Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (21 de 09 de 2020). *Demencia*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organisacion Mundias de la Salud (s.f.). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

- Pina, I. (2017). El tratamiento de las enfermedades mentales en el cine. Universidad Internacional de La Rioja.
- Price, V. (2000). *Periodismo, noticia y noticiabilidad*. Grupo editorial Norma.
- Proimagenes Colombia(9 de 11 de 2020). *Base de datos*. Obtenido de Proimágenes Colombia:
https://www.proimagenescolombia.com/secciones/cine_colombiano/peliculas_colombianas/resultados_peliculas.php?nt=1#
- Rainusso, M. (2018). *Salud Mental en el Cine: la imagen y el estigma*. Universidad de la República.
- Salvador, L., Rodríguez, C., Salas, ,. D., & Magallanes, T. (2000). Sexualidad y enfermedad mental cronica. *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica*, 361-378.
- Sampietro, H. M. (2010). Enfermedad Mental y Violencia en los Medios de Comunicación. ¿Una asociación ilícita? . 12(1), 95-107.
- Solano, M., & Vasquez, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad... mental . *revista colombiana de psiquiatria*, 43(4), 194–202.
- Sorlin, P. (1985). *Sociología del cine. La apertura para la historia de mañana*. Mexico : Fondo de cultura economica .
- Vera, B. (2006). Locura y cine: claves para entender una historia de amor reñido. *Revista de Medicina y Cine*, 2, 80-88.

Anexos

Anexo 1: Codificación basada en la metodología cualitativa de Cáceres (2003)

Código	APAENF
Definición breve	Apariencia general del personaje enfermo
Definición completa	La forma en la que se representa al personaje enfermo: su edad y arreglo personal.
Cuando se usa	Se aplica a lo largo de todo el film observando los cambios en la imagen directamente relacionados a su enfermedad.
Cuando no se usa	No se trae aspectos circunstanciales que pueden suceder en un momento del relato, sino rasgos constantes.
Ejemplo	Carmen al quedarse sola en casa, no se baña, esta descalsa, con el pelo enredado y solo trae puesto una camisa de eduardo.

Código	ACDIF
Definición breve	Acción Diferencial
Definición completa	Acciones que realiza el personaje enfermo que le identifican como tal y que le diferencian del resto de personajes.
Cuando se usa	Acciones y conductas asociadas a los enfermos mentales y que generan sea identificado visiblemente
Cuando no se usa	Acciones y conductas asociadas a la “normalidad” social
Ejemplo	Pedro se sienta en el sillón mientras babea, se menea y tiene la mirada perdida por haber tomado farmacos.

Código	CONDPOST
Definición breve	Conductas socialmente positivas
Definición completa	Acciones que son llevadas a cabo por el personaje principal que tienen una valoración positiva socialmente
Cuando se usa	Cuando se representan conductas que poseen una valoración socialmente positiva
Cuando no se usa	Cuando se representan conductas que poseen una valoración socialmente negativa
Ejemplo	Carlos ama a su esposa y la extraña

Código	CONDNEG
Definición breve	Conductas socialmente negativas
Definición completa	Conductas asociadas a la enfermedad mental que son rechazadas generalmente por la sociedad
Cuando se usa	Cuando se representan conductas que poseen una valoración socialmente negativa
Cuando no se usa	Cuando se representan conductas que poseen una valoración socialmente positiva
Ejemplo	Carmen tiene un cuchillo en la mano e intenta matar a Eduardo mientras lo persigue por toda la casa

Código	ESPDIF
Definición breve	Espacio diferencial
Definición completa	Hay una codificación social sobre los espacios que se habitan los cuales se transfieren al relato, se debe entonces diferenciar cuales son los escenarios que habita o son otorgados al personaje enfermo.
Cuando se usa	Se aplica en los espacios que habita mayoritariamente y los rasgos que se repiten en la caracterización espacial, los espacios diferencialmente otorgados a los enfermos mentales y sus características, y los espacios en los que se producen acciones diferenciales.
Cuando no se usa	No se aplica a espacios otorgados a la “normalidad, espacios de tránsito o donde no se encuentre el personaje enfermo
Ejemplo	Carmen vuelve al hospital psiquiátrico al no tener más opción para su cuidado y mantenimiento salubre

Código	PERPR
Definición breve	Personajes protagonistas que sufren una enfermedad mental
Definición completa	Diferenciar los personajes protagonistas que son representados como poseedores de una enfermedad mental
Cuando se usa	Cuando se presentan personajes protagonistas
Cuando no se usa	Cuando se presentan personajes extras
Ejemplo	Carmen y Eduardo

Código	PEREXT
Definición breve	Personajes extras que sufren una enfermedad mental
Definición completa	Diferenciar los personajes extras que son representados como poseedores de una enfermedad mental
Cuando se usa	Cuando se presentan personajes extras
Cuando no se usa	Cuando se presentan personajes protagonistas
Ejemplo	Los enfermos del hospital psiquiatrico de Carlos

Código	CARCONT
Definición breve	Características del contexto en el que se desenvuelve el persoanje enfermo.
Definición completa	Dar cuenta del contexto en el que se presenta al personaje enfermo, su nivel cultural y socioeconomico, el ámbito profesional y ocupación en general y el estado civil.
Cuando se usa	Se aplica a los personajes con enfermedades mentales
Cuando no se usa	No se aplica a los personajes sanos
Ejemplo	Alonzo es profesor de literatura de la universidad nacional.

Código	TRATMED
Definición breve	Tratamiento medico
Definición completa	Observar los tratamientos medicos utilizados o sugeridos sobre los personajes enfermos.
Cuando se usa	Cuando se sugiere o se aplica un tratamiento medico sobre el enfermo, tambien tratamientos alternativos como la homeopatia o la meditación pero que sean dirigidos a controlar o curar al sujeto.
Cuando no se usa	

Ejemplo	Santiago es encerrado solo en una habitación del hospital psiquiátrico con una camisa de fuerza
---------	---

Código	EXPENF
Definición breve	Explicación de la enfermedad
Definición completa	La forma en la que es explicada la enfermedad sea por algún especialista o una persona común
Cuando se usa	Se aplica cuando un personaje propone una explicación de la enfermedad del sujeto enfermo.
Cuando no se usa	
Ejemplo	Santiago se enfermó debido a la presión de estar en la novela y el estrés general que esta le produce

Código	CURAENF
Definición breve	El personaje enfermo se cura o no
Definición completa	La forma en la que se representa por qué o como se cura el enfermo.
Cuando se usa	Aplica a las formas narrativas utilizadas para explicar cómo se curó o si muere.
Cuando no se usa	No se aplica cuando el personaje permanece enfermo
Ejemplo	Pedro ve a su padre, le abraza y se cura inmediatamente

Código	ORGENF
Definición breve	Origen de la enfermedad
Definición completa	Razones por las que el personaje es o a llega a ser un enfermo mental.
Cuando se usa	Se aplica a las formas como se afirman las razones del porque surgió la enfermedad mental y cómo surgió.
Cuando no se usa	
Ejemplo	Tiene una catarsis al escribir su novela sobre su niñez y el abandono de su padre, lo que le lleva a tener un episodio de crisis nerviosa de donde surge su enfermedad.

Código	RELFAM
Definición breve	Relación del enfermo con el núcleo familiar
Definición completa	Como es representado su núcleo familiar, información relativa al estado de la relación del personaje con su familia y como esta le valoriza, aplica también a otras formas de familia además de la tradicional
Cuando se usa	Se aplica a los relacionamientos del enfermo con su familia
Cuando no se usa	No se aplica con los otros tipos de relacionamientos
Ejemplo	La hija de Carlos está pendiente de él y disponible ante situaciones de necesidad, es amable y le mantiene en su delirio para no ocasionarle irritabilidad o posibles crisis.

Código	RELHOSP
Definición breve	Relación del enfermo con el personal médico y el hospital psiquiátrico
Definición completa	Como son representadas las relaciones del enfermo mental con el personal médico o especialistas de la salud y con el hospital psiquiátrico en general, y como estos le valorizan como persona.

Cuando se usa	Se aplica a los relacionamientos del enfermo mental con el hospital psiquiátrico en general, especialistas de la salud, enfermeras, doctores y psicólogos.
Cuando no se usa	no se aplica a personas que no sean especialistas en el área de la enfermedad mental, como gurús o yoguis.
Ejemplo	“puede ser, es una forma de electrocución muy drástica, el paciente queda sin sentido, con un choque no letal, y entonces se le mete en una cama para que pueda lentamente reconstruir las piezas y partes de su personalidad. Esto podría dañar permanentemente los reflejos de Bolívar, reducirlo a una personalidad manejable, pero lo convertiría en un actor bastante idiota.”

Código	RELAMG
Definición breve	Relación del enfermo con sus amigos
Definición completa	Como son representadas las relaciones de la persona en enfermo con sus amigos, el nivel de aceptación de la enfermedad mental en el personaje y como este es valorizado por ello.
Cuando se usa	Se aplica a los relacionamientos del enfermo mental con sus amigos cercanos, los cambios según el proceso de la enfermedad desde su surgimiento hasta la posible cura.
Cuando no se usa	No se aplica con personas conocidas del sujeto pero lejano a su círculo cercano de amistad
Ejemplo	Santos se preocupa por Alonzo y le acompaña en la clínica

Código	RELPUB
Definición breve	Relación del enfermo con la sociedad
Definición completa	Como son representadas las relaciones del entorno con el personaje, el nivel de aceptación de la enfermedad mental en el personaje y como este es valorizado por ello por la sociedad en general.
Cuando se usa	Se aplica a la representación de terceros sobre su valorización en el comportamiento del enfermo, los juicios de valor, los chistes, el trato en general y como es valorizado por ello.
Cuando no se usa	No se aplica con los otros tipos de relacionamientos expuestos anteriormente.
Ejemplo	La esposa de Santos le tiene pesar a Alonzo al enterarse de la enfermedad

Código	PALENF
Definición breve	Palabras y frases referentes a la enfermedad mental
Definición completa	Palabras utilizadas para referirse al enfermo mental, la enfermedad y el centro de salud mental
Cuando se usa	Se aplica a todas las palabras utilizadas en el guion para referirse sea positiva o negativamente al enfermo, a la enfermedad o al centro de salud mental
Cuando no se usa	
Ejemplo	Alejandra: “Hay que sacarlo de ese manicomio ya, allá si lo van a enloquecer”

Código	APESTIG
Definición breve	Acciones y palabras estigmatizantes
Definición completa	Acciones y palabras utilizadas para referirse y tratar al enfermo mental, la enfermedad y al centro de salud mental
Cuando se usa	Se aplica a toda acción y palabra en el guion que caracterice acciones cargadas de estereotipos estigmatizantes y discriminatorios, no solo que se practiquen en el film hacia el personaje, sino que sean generadores.
Cuando no se usa	No se aplica cuando el trato hacia el personaje, sabiéndole y notándose o no como un enfermo mental, es “normal”, no es representado desde los estereotipos estigmatizados
Ejemplo	Pedro está en el parque jugando con las palomas, una señora acerca a su hija mientras lo miran con miedo y se alejan de el

Anexo 2. Fichas técnicas y aplicación de cuestionario basadas en Alfeo (2007)

Ficha técnica y cuestionario de *Bolívar soy yo* (2002)

Ficha técnica

Título: Bolívar soy yo	Género/ subgénero: Ficción/ Ficción
Año: 2002	Director: Jorge Ali Triana
Nacionalidad: Colombia	Guion: Alberto Quiroga, Manuel Arias Casas,
Duración: 93 minutos	Sandra Velasco, Jorge Ali Triana
Metraje: Largometraje	Producción: CMO Producciones
Elenco: Robinson Díaz, Carlos Barbosa, Aida Morales, Álvaro Rodríguez, Margarita Ortega, Jairo Camargo, Alejandra Borrero, Amparo Grisales, Fanny Mickey, Gustavo Angarita, María Eugenia Dávila, Santiago Bejarano, Ana Soler, Vicky Rueda, Diego Vélez, Victoria Valencia, Juan Pablo Franco, Marcela Sarmiento, Tatiana Jauregui, Yahaira Fores, Kelly Greco, Luz Stella Lopera, Alexandra Cuello, Kerry Franco, Karen Cruz.	

Datos generales:

Personajes:

Principales: Santiago Mirando/Bolívar

Compañera de reparto: Alejandra

Extras: Productora, director y compañeros de reparto de la telenovela, psiquiatra asignado por la producción, presidente de Colombia, ministro de defensa y alto mando del ejército.

Es una película desarrollada mayoritariamente en el espacio público, donde se exponen los relacionamientos de la sociedad en general con un enfermo mental

Análisis de la caracterización directa del personaje:

Santiago es un hombre joven dedicado a la actuación, con el rol más importante de su carrera y ya finalizando la telenovela empieza a tener crisis nerviosas donde no puede separar al personaje de su identidad, con el paso del tiempo la ficción se asume como realidad poseyendo dos personalidades diferentes. Es un hombre excéntrico con delirios de grandeza, donde su emocionalidad es dependiente también del acompañamiento femenino.

Rasgos relativos a la apariencia del personaje:

Santiago es un hombre de unos 30 años edad, soltero, que, ante la oportunidad en su carrera de actor de interpretar un personaje principal en una telenovela importante de su país, es consumido por el papel y deja de separar la realidad de la ficción. El personaje posee 3 tipos de vestuario a lo largo de toda la película, mayoritariamente este vestido con las ropas destinadas por la producción de la telenovela a Bolívar, uniformes militares de época que ir cambiando según la ocasión; con ropa casual acorde a la época, que se pondrá en muy pocas ocasiones; y cuando es internado en el hospital y le ponen bata y camisa de fuerza.

Su apariencia varía según la importancia que el personaje le atribuya a la situación, donde al reunirse con mandatarios o realizar actividades que el considera propias del libertador, se arregla, posee buena postura y asume totalmente la actitud de pertenecer a un alto mando del gobierno, cuando no es así, la visibilidad de la enfermedad florece en su apariencia, perdiendo el interés sobre el estado de su ropa, sudando, despeinado y en estado de embriaguez, ansiedad e irritabilidad. Con la evolución de la enfermedad, la apariencia general se va deterioran, está nervioso, meditativo y errático.

A los extras que representaban pacientes internados en la clínica, tenían batas de hospital, estaban despeinados, con la mirada perdida, sedados, y realizando movimientos repetitivos.

Rasgos relativos al perfil socioeconómico del personaje:

Santiago es un hombre soltero de clase media baja residente de la ciudad de Bogotá, vive en la casa de su madre, es actor de telenovelas nacionales, el rol más importante que ha conseguido es el de su trabajo actual, anteriormente realizaba papeles pequeños en producciones poco importantes. Al inicio de la película le dicen que este no tenía conocimiento de a quien estaba interpretando, por lo que se infiere que este posee al menos estudios básicos, más su nivel cultural no es muy alto.

Rasgos relativos a la relación del personaje con su entorno

Su entorno se compone de su núcleo familiar, compañeros de producción, altos mandos de la política colombiana y la sociedad colombiana en general.

El núcleo familiar se compone de su madre, vive en su casa donde esta le atiende en todas sus necesidades, le cocina, lava y plancha la ropa, limpia y en general está pendiente de lo que este le pida. No está claro si esta le ve como un enfermo, legitima su papel de Bolívar, sintiendo orgullosa de ser su madre, apoyando sus decisiones e impulsando a su ex novia a que lo acompañe también.

Santiago por otro lado la ve como un apoyo mas no como una prioridad.

Quienes participan en la producción de la novela, le ven como un enfermo mental, el cual genera inconvenientes con los tiempos de grabación y por lo tanto perdidas o problemas económicos, la productora y director le tratan desde una perspectiva 100% económica donde sin importar su estado mental necesitan de el para culminar el proyecto y hacer quedar bien a la novela. Ante las reiteradas crisis le internan en la clínica para a los pocos días darle de alta ante la petición presidencial de utilizar al personaje en una rueda de prensa.

Los altos mandos de la política le ven como un actor excéntrico que puede ser utilizado como símbolo para impulsar el nacionalismo en la población, para esto les invitan a eventos públicos, lo que en el delirio legitima el ideal de ser el libertador. Ante una evolución en la visibilidad de la enfermedad, este genera una crisis nacional, secuestra al presidente y se asocia con un grupo guerrillero, generando la necesidad máxima de controlarle.

La población nacional es mostrada a partir de los boletines de noticias radiales y televisivos, donde se demuestra una población que vulnerable y afectada por la guerra civil, empieza a apoyar el delirio de Santiago, viéndole como una posible vía para el cambio, la finalización de la guerra y la llegada de la paz.

Dentro de las interacciones cotidianas que tiene con varios personajes a lo largo del film, nos presentan diferentes dinámicas relacionales, donde el otro viéndole como un enfermo o no, puede legitimar el delirio o por el contrario verle desde una mirada estereotipada de lo que significa estar enfermo.

Caracterización de la enfermedad mental del personaje

Santiago presenta un episodio de psicosis, generado por la actuación de Bolívar una telenovela importante a nivel nacional, su larga duración y horarios constantes de grabación, empieza a tener crisis nerviosas e identitarias que tras una gran carga de estrés le llevan a pensarse como el personaje. La evolución de la enfermedad le va llevando en un deterioro del yo, donde finaliza racionalizando las dos personalidades en una sola y asumiendo por completo el delirio de grandeza y los objetivos trazados como ser resucitado del libertador y quien debe cumplir los antiguos sueños trazados de este. Los grados de visibilidad van aumentando a medida que pasa el tiempo de la película, donde a pesar de ya iniciar con actos desviados, se van haciendo cada vez más violentos y reaccionarios legitimados por los objetivos planteados, generando una visibilidad ya desde la apariencia, la mirada y la forma de hablar, que tiene como consecuencia la muerte.

Caracterización del tipo de estigma que sufre el personaje

El estigma del personaje parte desde los defectos del carácter presentados por las perturbaciones mentales. Desde el inicio del film cuando se encuentra en el set de grabación nos dicen que su estado es un problema que debe ser resuelto a partir del descanso, la medicación y el internamiento,

para que este se relaje y vuelva a ser “normal”, le atribuyen imperfecciones y atributos negativos que no son útiles en la sociedad productiva actual y que son expresiones defensivas directas de los defectos que está presentando, considerando y justificando las próximas maneras en las que será tratado.

Santiago por otra parte no considera que este loco, sabe lo que eso significa, y al pasar del control de una personalidad a otra, no puede entender por qué se le trata de una forma represiva cuando él es solo un actor, invisibiliza sus acciones y surge esta personalidad como medio de defensa ante la posibilidad de “castigos” o juzgamientos de los otros, como cuando está internado en la clínica. Tras romper las normativas sociales de comportamiento e infringir las reglas aparecen medidas restauradoras, agencias de control, que justo en este caso ponen un final a las acciones perjudiciales, al final de la película el personaje muere.

De igual forma es valioso apreciar la respuesta social ante la visibilidad de su enfermedad y el impacto político que esta genera, donde a diferencia de los entes de poder y control, la población le apoya y legitima, se crea una forma de delirio colectivo donde le reconocen como el libertador, tal vez presentado como respuesta y crítica al nivel de violencia que vivía el país a inicios de siglo, y la necesidad social de un cambio, así sea que venga por parte de un loco.

Caracterización de la carrera moral del personaje

El personaje no reconoce la enfermedad ni la fluctuación entre ambas personalidades, donde a pesar de que Santiago tiene cierto raciocinio de la realidad, este es controlado y dirigido por el delirio de Bolívar, y solo le hace frente al ser cuestionado. La incapacidad de observar las problemáticas y desviaciones de sus acciones, genera el que este no observe la estigmatización desacreditable que va unida a la evolución y visibilidad de la enfermedad.

En la etapa de paciente, es recluso y su yo se encuentra degradado y profanado, más como es tan corta, un día o dos, no se genera un choque entre la condición de enfermo y el mundo exterior, el sigue sin concebirse identitariamente como un paciente y mucho menos como un enfermo, su ego ni siquiera permite la idea de que se le desacredite su historia, poco a poco su delirio va evolucionando, hasta que está completamente alienado. Por lo anterior se plantea que no posee una carrera moral como enfermo, pues no hay una evolución de la identidad al no adherirse a los ordenamientos y normativas institucionales.

Análisis cualitativo de los rasgos de caracterización indirecta del personaje

Análisis del espacio y tiempo

Escenario	Calificación
Clínica	Privado-interior-urbano-diferencial
Espacio publico (museos, calles, bares, barcos, etc.)	Publico-exterior- urbano/rural-diferencial
Casa Madre	Privado-interior-urbano-genérico

La película transcurre la mayor parte del tiempo en espacios públicos como las calles de Bogotá, museos, sets de filmación, bares y medios de transporte. Es en el espacio público donde se desenvuelve y evoluciona la enfermedad del personaje, sacándolo de los espacios tradicionales reservados a la enfermedad como la clínica y la casa, y enseñando el contacto del personaje enfermo con la sociedad en general, donde a pesar de que se le es estigmatizado y se le señala como alguien que necesita la internación y el tratamiento psiquiátrico, especialmente por sus actos violentos y desviados, este se niega a identificarse como enfermo y rehúye a quienes desean generar un control corporal hacia él.

La clínica en este caso, se presenta como un lugar de internamiento, soledad y degradación del ser, a pesar de ser muy pocos minutos los que el personaje es presentado en ella, se le muestra como un

lugar limpio, amplio y solitario donde se hace control corporal, sea física o farmacológicamente, sedando por completo al sujeto. Es aquí también donde por medio de preguntas que le hace el médico psiquiatra se nos enseña el trastorno disociativo, el cambio de control entre ambas personalidades y el delirio del que está sujeto la persona, donde a pesar de lograr raciocinio, no puede mantenerse en este por mucho tiempo.

La casa de la madre, es un lugar de reposo y acompañamiento, es genérico pues no representa un escenario diferencial apropiado a la enfermedad, sino como un lugar de apoyo familiar.

Análisis de la acción diferencial

Las acciones diferenciales se definen por un trastorno de identidad disociativo, donde el personaje está bajo el control de dos personalidades distintas de forma alternativa, Santiago y Bolívar, unido con un delirio de grandeza donde este al ser el libertador posee una idea exagerada de su importancia, poder y conocimiento. Al ser apoyado por la sociedad colombiana al reconocerle como Bolívar por participar en una telenovela exitosa, legitima su delirio en ambas personalidades de culminar los planes del libertador y todas las acciones que de esto dependan, sean violentas o extravagantes, llegando a secuestrar al presidente, andar a caballo por Bogotá y aceptar la unión de una guerrilla en su plan. Así mismo se observa una evolución de la enfermedad, donde las acciones diferenciales se van haciendo mucho más violentas y radicales.

1. Ficha técnica y cuestionario de *Amalia* (2006)

Ficha técnica

Título: Amalia	Género/ subgénero: Ficción/ficción
Año: 2006	Director: Alejandro Lemos, David Rodríguez
Nacionalidad: Colombia	Guion: Gabriel A. Gil
Duración: 26:53 minutos	Producción: Jhon Jairo Ojeda
Metraje: Largometraje	
Elenco: Fausto Cabrera, Margalida Castro, Carmenza Gómez, Adriana Romero y Margarita Reyes	

Datos generales:

Personajes:

Principal: Carlos

Esposa: Amalia

Hija: Claudia

Noe: Doctor – Bartender

Extras: sujetos presentes en el hospital que son confundidos entre la realidad y el delirio: vender lotería, llevar a un caballo de madera/real, enfermero que lleva una silla de ruedas/moto taxi, encargada de la parada de bus/ poster de un calendario.

Análisis de la caracterización directa del personaje:

La actitud general del personaje depende de lo que se observe sea el delirio o la realidad, cuando se encuentra en el delirio este habla, camina y se mueve con seguridad, tiene conversaciones largas y fluidas sobre su día con los otros personajes, más se irrita con facilidad en lo concerniente a la obsesión con la esposa; en la realidad se le presenta inestable, no puede caminar con firmeza, se tambalea y necesita apoyo de los otros personajes, tiene la mirada perdida, no sostiene conversaciones, no reconoce el lugar en el que esta, el estado de los objetos, ni las personas que le rodean (al vivir en el delirio).

Rasgos relativos a la apariencia del personaje:

Hombre de la tercera edad. Su arreglo personal se demarca según se visualice el delirio o la realidad, este viste un traje negro con botines, corbata y sombrero, al estar en el delirio se ve bien presentado con la camisa dentro del pantalón, la corbata recta y está peinado, aunque la ropa le queda un poco grande; en la realidad tiene la camisa por fuera, esta le queda grande, su corbata esta torcida, se quita el saco, no tiene sombrero y esta despeinado.

Rasgos relativos al perfil socioeconómico del personaje:

Observando el contexto, su nivel cultural entendido como el grado de conocimientos, no es observable al no contar con diálogos o actividades que ahonden este tema.

Nivel socioeconómico: posiblemente es clase media, este posee una finca grande en la zona campestre de un pueblo, con patios internos, dos pisos, totalmente amoblada y decorada, pero abandonada y deteriorada ya que nadie la habita. Está internado en el hospital de este pueblo, el cual denota una financiación media, por el estado de sus pabellones, muebles y decoración, no posee un alto confinamiento, los enfermos poseen habitaciones privadas y hay un número medio de enfermos en comparación a la cantidad de internos que presenta.

Ocupación: vive en el hospital absorto en el delirio, sin actividades específicas de un oficio.

Estado Civil: viudo.

Rasgos relativos a la relación del personaje con su entorno

Representación del núcleo familiar: se compone de una familia tradicional, padre, madre e hija.

Actitud del personaje hacia su núcleo familiar: el personaje posee una obsesión con estar al lado de su difunta esposa, la extraña y se siente solo, denota cariño por su hija.

Grado de visibilidad⁴: es 100% visible

Visibilidad inicial/visibilidad final: no aplica

Evolución de la visibilidad: no aplica

Consecuencias de la evolución: no aplica

Relaciones entorno/personaje: al vivir en delirio el personaje no asume su enfermedad, ni asimila sus vivencias, pues vive en el pasado. En cuanto a las relaciones sociales, es claro la razón de su internamiento al no discernir de la realidad, y por qué ven necesario medicarle y cuidarle psiquiátricamente, su hija está pendiente de él y disponible, no se observa relacionamientos con personas por fuera del ámbito familiar y hospitalario, las personas son cordiales y agradables, sean enfermos que están en sus propios delirios o trabajadores de la salud que están dispuestos a ayudarlo y acompañarlo de forma agradable.

Caracterización de la enfermedad mental del personaje

Origen: Demencia senil, Edad.

Emergencia: no aplica

Génesis: no aplica.

Cura: Este muere.

Este presenta un cuadro de demencia senil, que corresponde a signos de deterioro cognitivo avanzado, los signos de un deterioro cognitivo avanzado, donde su aspecto psicomotor, las percepciones de su entorno, lo que describe sobre la relación con su esposa y el hecho de verla aparentemente, son acordes.

Caracterización del tipo de estigma que sufre el personaje

Partiendo de los defectos en el carácter del individuo por sus perturbaciones mentales, se ejerce reclusión sobre él, volviéndose carente de acción y decisión sobre su cuerpo y vida. La sociedad que

le rodea justifica este tipo de trato ante su visible delirio, sus expresiones demuestran que le ven como diferente/enfermo y le tratan como tal.

Caracterización de la carrera moral del personaje

En el periodo de paciente por su estadía en el hospital, no se presenta la desacreditación del paciente sino en cambio el que continúan el delirio, por lo que no encontramos una fatiga moral, se denota el que el personaje tiene un desapego a la realidad, por lo que no encuentra una degradación del yo motivado por la institucionalidad psiquiátrica.

Análisis cualitativo de los rasgos de caracterización indirecta del personaje

Análisis del espacio y tiempo

Escenario	Calificación
Hospital	Publico-interior-rural-diferencial
Casa	Privado-exterior-rural-diferencial

El personaje habita mayoritariamente en el hospital psiquiátrico, al momento de escapar vuelve a su casa familiar en busca de su esposa.

El espacio diferencialmente dirigido hacia la enfermedad mental es el hospital, este se presenta de forma positiva, es un espacio cerrado con estancias grandes y pabellones divididos por habitaciones privadas, es limpio y organizado. Se pasa la mayor parte de la película en este, ya que, al recorrer las calles del pueblo, ir a la tienda y demás, en realidad se estaba moviendo por los espacios del hospital.

La casa por otra parte nos presenta escenográficamente la locura del sujeto, pasando de un lugar ordenado, limpio, iluminado y decorado, a estar abandonado por completo, en medio del polvo y la decadencia.

Análisis de la acción diferencial

Acción diferencial: se enfoca en el comportamiento del sujeto y su desprendimiento a la realidad, la incapacidad del cuidado de sí mismo, de mantener conversaciones con los otros, distinguir su situación actual, la pasividad sobre el control de los otros, conflictos que terminan con su muerte. Los personajes secundarios que estaban enfermos, se comportaban de forma errática y Vivian al igual que Carlos en un delirio constante.

El discurso se lleva entonces hacia la necesidad de cuidado que posee el enfermo, la posición de la institución psiquiátrica como ente de control, y la importancia del apoyo familiar.

Asociación a acciones o conductas valoradas socialmente como positivas: a pesar de vivir en el delirio es un hombre amable que ama a su familia.

Asociación a acciones o conductas valoradas socialmente como negativas: la imposibilidad del mantenimiento propio generador de carga familiar y la muerte como única salida de la enfermedad. Irritabilidad ante el cambio.

2. Ficha técnica y cuestionario de *Locos* (2011)

Ficha técnica

Título: locos	Género/ subgénero: Ficción/comedia - drama
Año: 2011	Director: Harold Trompetero
Nacionalidad: Colombia	Guion: Gerardo Pinzón
Duración: 72 minutos	Producción: Harold Trompetero producciones
Metraje: Largometraje	

Elenco: Marcela Carvajal, Cesar Badillo, Inés Prieto, José Julián Díaz, Julio César Herrera, Luis Fernando Bohórquez, Alvaro Rodríguez

Datos generales:

Personajes:

Principales: Eduardo y Carolina

Extras: personal médico y administrativo del hospital psiquiátrico, pacientes enfermos, farmaceuta, vendedor de drogas, policía.

En esta encontramos a dos personajes enfermos con diferentes carreras morales

Análisis de la caracterización directa del personaje:

Carolina:

Su representación es continua en todo el film, se le muestra como alguien enfermo, volátil, nervioso, sexual y susceptible, necesita de tratamientos medios psiquiátricos para estar “tranquila” y no perder la razón por completo, se viste de monja y practica varias religiones, habla de krishna, buda, dios y cristo, tiene un celular que lo usa como amuleto que la protege, por este puede hablar con dios y un “otro” que la acompaña, el aconseja, le escucha y responde. Al entrar en crisis o no consumir los medicamentos, no tiene arreglo personal, pierde el sentido de razonamiento por completo, se lastima a sí misma, esta despeinada y desaliñada, grita y es violenta. Se hace hincapié en la necesidad total de internamiento y tratamiento.

Eduardo:

Su caracterización va cambiando con el tiempo, inicialmente se le muestra como un hombre sencillo, trabajador y excéntrico en ciertas actitudes, este está bien presentado, es racional y siente el estigma de que le guste una paciente enferma, se culpa a sí mismo de la situación, mas no se crea límites para alejarse de ella, se plantea una posible relación, sabe que está mal y será juzgado pues se asusta, juzga a sí mismo, y se esconde para que no le vean acercarse. Cuando empieza a tener una relación con Carolina, los límites morales se pierden, sabe que está mal pero aun así sigue asíéndolo, se mete en el hospital para dormir con Carolina, tienen sexo en diferentes lugares escondidos, y posteriormente la secuestra y la lleva a su casa, poco a poco va perdiendo cierta racionalidad por querer estar con ella, roba medicamentos, empeña cosas y finalmente la droga con heroína, la amarra, droga y calla para intentar controlarla, solo quiere estar a su lado, al ver el total decaimiento de esta, pues la tiene drogada todo el tiempo, este la envuelve en sábanas y la lleva devuelta al hospital para que puedan medicarla bien, es un camino de decaimiento para sí mismo, no solo en sus acciones y la visión que tiene de sí mismo, al final este adopta comportamientos “enfermos” de patricia, su casa está totalmente desordenada y sucia, no se baña ni arregla, no se viste apropiadamente sino con trapos, visitados y cintas, habla con alguien que no está presente, se vuelve violento consigo mismo ante la pérdida, esta despeinado y teme salir de la casa, hasta que finalmente va hacia el hospital, golpeando la puerta y gritando, para que lo admitan a él también.

Los extras, internados en el hospital se muestran todos un poco igual, con miradas perdidas caminando sin rumbo, haciendo ruidos, llorando y fácilmente susceptibles, necesitan de la atención constante del personal médico, se visten desaliñadamente, son violentos o se esconden ante la irritabilidad.

Rasgos relativos a la apariencia del personaje:

Carolina:

Es una mujer de mediana edad de unos 35-40 años, se viste como monja, tiene un hábito gris, escapulario y capuchón para la cabeza, un bindi en la frente, propio de la religión hindú, un celular con decoraciones rosas el cual utiliza de tótem como seguridad y medio para hablar con dios, al

tomar sus medicamentos está bien vestida y arreglada, es tranquila, aunque no tiene la capacidad de vestirse “normal”, además del hábito combina prendas de forma aleatoria y no se peina bien. tras pasar por electrochoques, tiene la mirada perdida, babea, despeinada y con un pijama blanco en bata, parece sedada. Al no tomar los medicamentos esta pierde la capacidad de ocuparse de sí misma, deja de bañarse, cepillarse los dientes y comer, necesita que la vistan y atiendan en todo momento, cuando empieza a drogarla esta entra en un estado de sedación constante no puede moverse, tiene la mirada perdida y está siempre en cama, tiene pijama, cada vez está más delgada, con ojeras y pálida.

Eduardo:

Es un hombre de mediana edad, unos 40-50 años, su apariencia tiene dos estados, inicialmente este usa un traje café, está bien arreglado, se peina, baña y cepilla los dientes, se preocupa por su imagen personal pues quiere ver bien en el trabajo, su uniforme es un overol caqui el cual a pesar de ser pintor no tiene muchas manchas de pintura y está limpio y arreglado. Al enfermar deja de bañarse, cepillarse los dientes y arreglarse en general, se viste con vestidos, trapos, cintas, pantalones y sombreros, tiene el cabello despeinado y se cuelga cosas de él, empieza a verse sucio con mirada muy expresiva y agresivo consigo mismo.

Rasgos relativos al perfil socioeconómico del personaje:

Carolina, debido al hospital en el que está internada y el familiar que va a visitarle, se puede inferir que es de clase media, su marido está bien arreglado, usa un traje negro que se de buena calidad y está hecho a la medida. En cuanto a nivel cultural, es difícil decir, no nos dice cuál era su ocupación pasada, tiene conocimiento sobre la existencia de algunas religiones diferente a la católica, pero no denota gran conocimiento sobre ellas, solo los nombres de sus dioses y profetas.

Eduardo es un hombre soltero, de clase baja, tiene trabajos varios, su casa se encuentra en una zona alta de la zona urbana, la calle en la que se ubica es de tierra, en esta no posee electrodomésticos modernos, su piso es de cemento y las paredes se ven desgastadas. Va al trabajo en bicicleta y no tiene otro medio de transporte. En cuanto a su nivel cultural, se infiere que no es muy alto, debido a su oficio, lugar de vivienda, intereses y tipo de temas de conversaciones que entabla.

Rasgos relativos a la relación del personaje con su entorno

Carolina: internada en el hospital va su marido a visitarle, este se le acerca más lo toca y le ve con cara de tristeza y ella no lo reconoce, no es sabido si cuenta con más relaciones de núcleo familiar. No se nos presentan amistades o relacionamientos cercanos más que con Eduardo, este se vuelve su pareja e internados juntos.

Eduardo: es un hombre soltero y solo, no se nos presenta con un núcleo familiar cercano, vivía con su madre, pero esta ha muerto, aun así, es importante para él, la visita en el cementerio para hablarle y contarle la evolución de los sucesos y tiene fotos de ella en toda la casa. Dentro de los relacionamientos que posee, una señora parte del personal administrativo del hospital y quien lo contrato, está interesada en tener una relación amorosa con él, está pendiente, le compra obsequios, le gusta hablarle y acercarse, este ni siquiera se percata de ella pues centra toda su atención en Carolina.

La visibilidad de su Enfermedad va evolucionando con el tiempo, inicialmente se le muestra como un hombre solo un poco excéntrico, este sabe que el que le guste una paciente no es correcto, pero ya ello demuestra una desviación dentro de las normativas sociales establecidas pues este no reconoce las dinámicas de poder sujetas y la ve como una igual, ante el gusto este pasa por ataques de rabia y se le dificulta tratar con sus emociones, se golpea, insulta, sale corriendo, etc. Al iniciar la relación con Carolina los límites se resquebrajan, entra al hospital en la noche y duerme con ella, tienen sexo en lugares públicos mientras se esconden, la secuestra y amarra, roba medicamentos, le echan del trabajo, empeña electrodomésticos y finalmente la droga con heroína, demostrando la degradación del ser frente a la locura y la falta de límites autoimpuestos justificados por querer estar

con ella y mantenerla controlada. Como consecuencia este enferma completamente también, adoptando comportamientos de ella y sin tener un autocuidado por sí mismo que terminan en la necesidad de internamiento y tratamiento médico.

Las relaciones interpersonales van de la mano de la evolución de la visibilidad de la enfermedad, la falta de relacionamiento con los otros debido a su interés central y único por estar con Carolina, va generando desconfianza, hasta que, finalmente presentando una degradación visual del ser, el vigilante del hospital le grita “largo de aquí cucaracha” mientras lo aleja con un bolillo.

Caracterización de la enfermedad mental del personaje

Carolina: no se nos da una razón de su enfermedad, más si la necesidad total de tratamiento médico e internamiento en un centro psiquiátrico para su vigilancia constante. Esta combina todo tipo de características, irritabilidad y violencia, delirio, pérdida de memoria, etc.

Eduardo: hay una evolución hacia la enfermedad ligada a la falta de autocontrol corporal y el “enamoramiento” u obsesión que finaliza con la necesidad de su internamiento y tratamiento.

Presenta características obsesivas, violentas y delirantes. Aun así, al final se presente que este no está enfermo, solo actúa de una manera para que le dejen ingresar al hospital.

Hay un enlace directo entre enfermedad e internamiento y tratamiento médico psiquiátrico.

Caracterización del tipo de estigma que sufre el personaje

Atados a los defectos del carácter del individuo como lo son las perturbaciones mentales, las cuales validan la necesidad de internamiento, cuidado y vigilancia continua:

Carolina es atendida constantemente por los enfermeros, le realizan terapia electro convulsiva y farmacológica, además de que la toman del brazo cuando la ven quieta en el patio para acompañarla algún sitio, no cuenta con privacidad sobre su vida y categoriza como alguien potencialmente peligroso.

Eduardo se avergüenza de su gusto y actuar al reconocer el estigma que carga Carolina y el mismo al reconocer que posee conductas anormales, esta disociación se refuerza con la figura cercana del hospital, llegando a denigrarse a sí mismo cuando esta solo; se insulta, se golpea, azota y castiga, posee una deficiencia en sistema del yo ya que no puede evitar ocultar sus actos desviados, que finaliza en una degradación total del yo y con las consecuencias estereotípicas de lo que significa socialmente el estar enfermo: el internamiento y tratamiento.

Caracterización de la carrera moral del personaje

En este caso contamos con dos carreras morales diferentes:

Carolina: internada en el hospital, se ha adaptado a las degradaciones del yo que esto representa, posee una actitud desprovista de moral hacia los ideales del ego y resta importancia a la continua destrucción y reconstrucción del yo por la que pasa constantemente, tiene rasgos de fatiga moral, no reconoce los actos estigmatizantes con algo negativo pues no es algo que le afecte en su carrera, ha aceptado el estatus proactivo inferior de su condición de paciente mental.

Eduardo: con un periodo previo a la internación, reconoce la práctica de acciones estigmatizadas lo que le genera una necesidad de normificación que finalmente no va a realizar, ve sus acciones como desacreditables, denigrándose a sí mismo cuando esta solo y con la conciencia de que ha roto normativas sociales, generándole inseguridad, ansiedad y miedo. No llega a tener un enfrentamiento con los “normales” debido al manejo de la información, mantiene ocultas sus acciones, el único momento es cuando lo encuentran robando medicamentos, mas esta es una acción colateral de su desviación principal encubierta. Al devolver a Carolina, la degradación del yo que venía teniendo desde el gusto se deprime aún más, ya no es capaz de cumplir con la disciplina del ser dictados por los compromisos sociales, adquiere delirios vistos en Carolina y se agrede a sí mismo, finalmente tal vez en el reconocimiento de la enfermedad, tal vez en búsqueda de ella, va al hospital psiquiátrico para que le internen.

Análisis cualitativo de los rasgos de caracterización indirecta del personaje

Análisis del espacio y tiempo

Escenario	Calificación
Hospital	Publico-exterior-rural-diferencial
Casa	Privado-interior- rural-diferencial

Se habitan 3 espacios, el hospital, la casa de Eduardo y la calle.

El hospital, es un espacio abierto, con patios internos y exteriores, arboles, plantas, césped y caminos, con paredes blancas y techos altos, denota una gran cantidad poblacional, se infiere es un hospital público de una zona rural con poco presupuesto, aunque este no se ve deteriorado, las camillas y equipos son antiguos, no se utilizan uniformes o algún tipo de ropa específica para los pacientes, y se ve poco personal médico, que no es diferenciado entre enfermeros y doctor.

En este nos presentan varios espacios:

la habitación donde duermen, se compone de un cuarto amplio con techos altos, con filas de lado y lado de camas sencillas con sábanas quirúrgicas azules, se ven más como camastros, están limpias y arregladas.

Sala de electrochoques, en esta se encuentra una camilla de hospital, una máquina que propicia electrochoques, una puerta de hierro y una ventana que comunican al exterior, la máquina según el tratamiento específico que realiza, donde la anestesian parcialmente con un gas puesto con una máscara de oxígeno, un objeto en la boca para evitar heridas pues esta se cierra con brusquedad al momento de aplicarlos, un gel y dos palitas de metal aplicadas en las sienes de la paciente, la cual demuestra físico dolor, esta forma se aplicaba en el pasado, actualmente el tratamiento es con anestesia general e indoloro, además que lo realizan como medio para tratar una crisis.

Enfermería, es un cuarto pequeño con una camilla en la zona central y sillas, en la pared hay frascos con los nombres de cada paciente donde se encuentra la receta específica de este. En un cuarto lateral están los medicamentos y utensilios generales.

Cuarto de herramientas, no tiene ventanas al exterior, es pequeño y un poco oscuro, se utiliza también para almacenar objetos varios, tiene lockers para los trabajadores, espejo y un lavamanos.

Patio interno, rodeado por pasillos es la zona central del hospital, los pasillos son amplios y largos con puertas de metal cada cuanto metro que comunican a todas las habitaciones, tiene una amplia zona verde con plantas, arboles, césped y una zona pavimentada para hacer ejercicio, y sentarse bajo los árboles.

Patio externo, rodeado por paredes de cemento, este es una zona amplia donde los enfermos pueden pasear libremente, con pasto, arboles, plantas, flores y una caballeriza, es un espacio que comunica tranquilidad, tiene bancas y está bien cuidado.

Casa de Eduardo, este es un espacio que refleja directamente el estado mental de los personajes. ubicada en una zona alta rural frente a una carretera de tierra, con paredes de ladrillo y cemento con grietas, piso de cemento y techo de zinc, está repleta de objetos almacenados, con varias habitaciones, baño, sala y cocina, sus electrodomésticos son antiguos, y siempre se ven muchos elementos en las tomas, no es un lugar sobrio y tranquilo. Carolina al llegar y estar sola lo desordena por completo, tirando cosas al piso y dejando sillas y objetos grandes por todas partes, cuelga ropa del techo y esta todo a oscuras, Con Eduardo enfermo y solo, la casa se ve sucia, con mucha basura en el piso.

La calle, con un restaurante, farmacia, casa de empeño y parques, nos muestra la interacción de carolina con el exterior donde parece no conocer nada y emocionarse fácilmente, y la inestabilidad de Eduardo en la búsqueda de medicamentos y droga para esta. Nos muestra lo movido, cambiante, ruidoso, luminoso, peligroso y transitado del exterior frente a la tranquilidad y seguridad del interior.

Temporalmente los personajes se pasan el mayor tiempo en el hospital psiquiátrico y seguidamente en la casa.

Análisis de la acción diferencial

Al tener tantos actos diferenciales, describiré de forma general como son representados:

En todos los personajes enfermos se presenta de una forma parecida y es la incapacidad de control corporal, irracionalidad y delirio, irritabilidad y violencia, y la incapacidad de mantener una linealidad en las conversaciones y acciones, y un desprendimiento de la realidad; aunque para Eduardo es diferente ya que nos presenta la evolución de su enfermedad si posee estas características en algún momento del film.

La enfermedad se presenta como si fuera más o menos igual para todos, no hay diferencia entre uno y otro paciente más allá de la intensidad, pero son representados casi igual, tienen la necesidad de ser vigilados y tratados, pues son irritables, vagan por el patio sin sentido alguno y cometen actos desviados como orinarse en público, usar cascos y ropas mal combinadas y mal puestas, gritar de la nada, etc., o en cambio con la mirada perdida, sin sentido de orientación, como si estuviesen siempre sedados.

3. Ficha técnica y cuestionario de *Huellas* (2017)

Ficha técnica

Título: Huellas	Género/ subgénero: Ficción/ drama
Año: 2017	Director: Carlos Vergara
Nacionalidad: Colombia	Guion: Carlos Vergara, Tatiana Olea Arteaga
Duración: 88 minutos	Producción: Biomanos
Metraje: Largometraje	
Elenco: Carlos Vergara, Tatiana Olea, Flora Ramos, Engliberto Fuentes, Divier Prioló, Liliana Navarro, Ricardo Olea, Nicanor Janna González, Ulises Urzola, Nuris Villalobos, Luis Ángel Alberto Olea Sarmiento, Lucho Montiel, Efigenia Dauder Barrios, José A. Rada Díaz, Héctor Durango, Harlinson Heli Olea Arteaga, Erick Simanca, Libardo Díaz	

Datos generales:

Personajes:

Principales: Pedro y Tatiana

Madre: Carlota

Hermanos: Roberto y Gabriel

La importancia del núcleo familiar en el acompañamiento de un enfermo y el peso que para estos significa.

Análisis de la caracterización directa del personaje:

Debido a una crisis nerviosa por estrés, Pedro vuelve emocionalmente a la vida de un niño de 4 años, se comporta como tal, tiene lenguaje y conocimientos limitados, sus intereses se concentran en el juego y la necesidad por un acompañamiento familiar. Sea como niño o adulto, es una persona tranquila, familiar y amorosa, lo cual puede conectarse con el trauma que le significó la pérdida de su padre en la niñez, y la fuerte conexión familiar que esto genera.

Rasgos relativos a la apariencia del personaje:

Pedro es un hombre adulto de 40 años, a pesar de trabajar en casa escribiendo en su oficina, se le ve bien arreglado, su espacio es limpio y ordenado. Tras la crisis, este pierde la capacidad de ocuparse de sí mismo y de su entorno, debido a que es un niño, se enferma repetidamente de afectaciones que típicamente les dan a los menores, como la cistitis y coma diabético debido al exceso de dulce, su

ropa es escogida por Tatiana, la cual es cómoda y de colores para que este pueda jugar y ensuciarse. Al estar solo desordena la casa, come mal, quiebra platos, y deja luces prendidas, lo que nos demuestra la incapacidad de trabajar sobre su entorno, su concentración esta puesta en otras formas, como explorar, jugar, comer, formas básicas de un niño.

Rasgos relativos al perfil socioeconómico del personaje:

Pedro nace en la zona rural del atlántico de padres campesinos, son de clase baja más tienen una diferencia cultural con su familia, estos han estudiado para ser profesora infantil y escritor, mientras que los otros continúan con sus labores del campo, por esto viven en la zona urbana, en una casa de ladrillos y tejas de zinc, con varias habitaciones, patio y múltiples electrodomésticos modernos. Igualmente tienen dificultades económicas debido al trabajo de Pedro, pues al ser escritor depende de la venta de sus 2 libros, los cuales no se venden bien, y dependen económicamente del trabajo de Tatiana, el cual debe ser poco más de un mínimo.

Rasgos relativos a la relación del personaje con su entorno

Su núcleo familiar se compone de Tatiana su esposa, Carlota su madre, Roberto y Gabriel sus hermanos y Ricardo el padre de Tatiana. Nos presentan la importancia de la familia en el acompañamiento y apoyo para el cuidado de un enfermo mental desde el amor y la comprensión. A pesar de la incertidumbre y la confusión inicial que pudieron ocasionar rabia, cambia rápidamente al cuidado y la ayuda, la búsqueda por medios para su mejoría, y la unión como familia para afrontar la situación y tomar decisiones, hay tristeza y negación frente a los tratamientos farmacológicos y la internación, pues a pesar de saberle enfermo, no le ven como merecedor de la separación y trato que esto le supondría, pensándolo desde los estereotipos negativos que tiene la clínica y la estigmatización que supone quien está enfermo.

En cuanto a los demás personajes, personas que están por fuera del núcleo familiar, lo ven extrañados, su actuar desviado al no tener la conducta que supone ser adulto genera miradas de los otros, frases como “se le corrió el champú”, “es un mantenido y te está manipulando”, etc., la diferencia valida la discriminación que se le hace, lo que genera una actitud protectora de su familia, pero que se traduce también en actos dados desde los prejuicios, sea hablar despectivamente de él o alejarse de él en un parque ante la idea de que a lo mejor puede ser peligroso.

Caracterización de la enfermedad mental del personaje

La enfermedad se origina debido a una crisis nerviosa dada por varias causas;

Pedro está escribiendo una novela sobre su niñez y trae el recuerdo del abandono de su padre por la música, un día antes de su cumpleaños número 5; su cumpleaños número 40 es en pocos días; pasan dificultades económicas debido a la dependencia del trabajo de Tatiana por los pocos libros que este ha vendido, lo que le genera aún más estrés ante la necesidad de escribir un buen libro, y un estancamiento en la escritura.

Pedro se cura al encontrarse con su padre y enfrentar el trauma del abandono que este le generó cuando era niño, tras gritarle y pelear con él, este cae a la arena y vuelve a ser sí mismo.

En el inicio de la película nos presentan la frase “la locura es una forma de desbordamiento de la realidad poética sobre la realidad cotidiana” de Raúl Gomes Jattin, y justo así es como se nos presenta la enfermedad mental, como un medio para contar una historia, y no tanto como la representación de una enfermedad real. Su caracterización se basa en comportarse y tener la mentalidad de un niño tras una crisis y recobrar su vida tras encontrarse con su padre, encontrando nuevamente una banalización de lo que es estar enfermo, pues presupone una cura fácil, pero si otorga información importante frente a la respuesta de la familia y el entorno.

Se presenta un rechazo hacia el tratamiento médico y la internación, buscando vías alternas de acompañamiento familiar y enfrentamiento del trauma para su cuidado y cura, aunque si hay aproximaciones a la institucionalidad, esta no puede evitar estar cargada de estereotipos sobre lo

que presupone estar internado y medicado, representando la medicación como una alienación total del paciente, donde este es sedado por completo sin la capacidad mínima de movimiento, un psicólogo le dice que no es una enfermedad totalmente desconocida, y no se nos presenta un diagnóstico como tal, ni que fármacos de le han administrado.

La representación general de la enfermedad, demuestran que no es posible el que una enfermedad se desarrolle de esta manera en la realidad, al ser disruptivo, sin antecedentes y con una cura instantánea.

Caracterización del tipo de estigma que sufre el personaje

Pedro posee un estigma definido por un defecto en el carácter por sus perturbaciones mentales, que se representa mediante el comportamiento típico de un niño, donde se enfoca en jugar, explorar, y ser vulnerable a su entorno, generando la necesidad de acompañamiento. Su cuerpo empieza a cargar con símbolos de lo que es ser niño, con ropa colorida y cómoda, expresiones faciales intensas que denotan sus sentimientos, tono de voz y movimientos corpóreos como movimientos de cabeza, estiramiento de los brazos y una mala postura.

Ante los prejuicios que empieza a cargar por su comportamiento infantil, las personas le miran en la calle, se alejan de él, justifican tratarlo con adjetivos discriminantes y ofensivos, se le adjudican estereotipos como la posibilidad de ser violento y la necesidad de tener un cuidado constante, así como la necesidad de tratamiento psiquiátrico y la internación.

Caracterización de la carrera moral del personaje

Pedro tiene una crisis debido a problemas familiares y de dinero, automáticamente empieza el delirio, no se da cuenta del cambio identitario, ni se lo cuestiona, no puede diferenciar el delirio de la realidad, por lo que no llega a tener una carrera moral como enfermo, podría ser visto desde la etapa de ex paciente más esta no es presentada en el film.

Análisis cualitativo de los rasgos de caracterización indirecta del personaje

Análisis del espacio y tiempo

Escenario	Calificación
Casa Pedro	Publico-exterior-rural-diferencial
Casa Carlota	Privado-interior- rural-diferencial

El film se desarrolla mayoritariamente en las casas de pedro y su familia, pero también se presentan escenas en hospitales, consultorios y la calle.

La casa, como entorno familiar se presenta como un lugar de protección y cuidado, mientras que la institucionalidad pasa a ser un lugar indeseable que presupone el abandono y alienación del individuo. La calle por otro lado es un lugar donde se debe tener atención constante sobre el enfermo ante la posibilidad de que sus acciones le hieran o perturben a los otros, aquí es víctima de la discriminación social, con miradas extrañadas y comentarios ofensivos.

Análisis de la acción diferencial

Las acciones diferenciales se caracterizan en el pensamiento y actuar infantil de Pedro, este limita en cuanto al cuidado personal, capacidad de actuar y de habla, generando la necesidad total de acompañamiento y cuidado, sea por su familia o por la institucionalidad. Supone una carga para su familia, tanto económica como de tiempo, pues no trabaja y debe ser vigilado, alimentado, vestido, entre otras.

4. Ficha técnica y cuestionario de *Un tal Alonso Quijano* (2021)

Ficha técnica

Título: Un tal Alonso Quijano	Género/ subgénero: Ficción/ drama-comedia
Año: 2021	Director: Libia Stella Gómez
Nacionalidad: Colombia	Guion: Libia Stella Gómez
Duración: 102 minutos	Producción: Red Collision Entertainment
Metraje: Largometraje	
Elenco: Álvaro Rodríguez, Manuel José Sierra, Brenda Quiñonez, Consuelo Luzardo.	

Datos generales:

Personajes:

Principal: Alonso Quijano

Mejor amigo: Santos

Dulcinea: Lorenza

Extras: Estudiantes, profesores, secretarías y demás funcionarios universitarios, personal médico y de limpieza, enfermos mentales internados en la clínica de reposo.

Análisis de la caracterización directa del personaje:

Su caracterización cambia entre el antes y después de la crisis que detona la enfermedad, y al ser “normal” o curarse, inicialmente el personaje tiene una personalidad excéntrica, profesor de literatura en la universidad nacional, tiene un grupo donde se disfrazan y actúan la obra del quijote, proclama constantemente fragmentos, reservado con su vida privada, se cambia el nombre al mismo del quijote y es tranquilo; al enfermar se vuelve irritable, no reconoce la realidad, viste pijamas, no logra sostener conversaciones lineales más allá de recitar.

Rasgos relativos a la apariencia del personaje:

Es un hombre de tercera edad, mantiene una forma aseada y arreglada durante todo el film, sea en ropa formal y cómoda para dar las clases, el disfraz del quijote o las pijamas y batas que utiliza en la clínica, sin importar su actuar tranquilo o irritable, mantiene una apariencia favorable.

Rasgos relativos al perfil socioeconómico del personaje:

Profesor de literatura en la universidad Nacional de Bogotá, al ver su vivienda y el tipo de clínica al que le llevan, se infiere pertenece a la clase media.

Presentándole como ávido lector al poseer gran cantidad de libros en casa y por su profesión, este posee un alto nivel cultural.

Es un hombre viudo, el cual vive solo y sus vínculos afectivos se limitan a Santos su amigo.

Rasgos relativos a la relación del personaje con su entorno

Es un hombre el cual no posee un núcleo familiar, tras la viudez no se insinúa halla estado con otra persona, sino por el contrario se ha retraído aún más, verificándose en que su único amigo es Santos, un trabajador que conoció en la biblioteca de la universidad.

Al ser un hombre excéntrico que se aparta de las dinámicas tradicionales de conducta, al cambiarse al nombre por el de don quijote, disfrazarse y recitar constantemente la obra, esta “desviación” le hace cargar con cierto estigma sobre su carácter el cual pasa a ser legitimado cuando enferma, "desde ese momento yo dije, este hombre se va a volver loco".

Con esto no se nos presenta una evolución en la visibilidad de su locura, sino más bien un cambio que desde la excentricidad no es notado.

En cuanto a las relaciones con su entorno, además de ser retraído, se nota es querido por los estudiantes justamente por su autenticidad y por las dinámicas pedagógicas que utiliza. En la clínica es tranquilo y se

le trata con respeto, el personal médico mantiene sus ficciones como medio de tratamiento, más dentro de las políticas de control corporal se justifica el medicarlo debido a sus nervios.

Al “curarse” o “volver a la normalidad” en la dinámica relacional que mantiene con una de sus estudiantes no parece cargar con ningún tipo de estigma, más bien se le recibe con tranquilidad y apertura.

Caracterización de la enfermedad mental del personaje

Origen: la enfermedad se presenta tras una crisis ocasionada por el recuerdo de su esposa e hija muertas en un atentado terrorista, el cual se genera debido a cierta similitud entre una de sus estudiantes y la esposa.

Hay una evolución en el génesis de la enfermedad, iniciando cuando ve a sus estudiantes con ropajes antiguos, esto le alarma y se va rápidamente del lugar, para posteriormente ya en casa entrar en crisis y al día siguiente presentarse en el lugar de trabajo ya en el delirio.

Con lo anterior se cuestiona la capacidad del sujeto de movilizarse y saber dónde se haya, pero aun así no poder separar la ficción quijotesca de los acontecimientos.

Al final este se “cura” o vuelve a la normalidad, cuando Santos lo enfrenta y le dice que no puede cargar más con su enfermedad, que debe salir del delirio y enfrentar lo que paso, Alonso acepta que no estaba enfermo, únicamente quería escaparse de la vida y que le dejaran ser solamente el Quijote, esto nos genera cuestionamientos sobre que es la locura, como esta se expresa en el individuo y como la interpreta la sociedad (los estereotipos culturales que hacen que tanto los estudiantes, maestros, doctores y quienes tuviesen contacto con él le vieran enfermo), y como se vivencia la locura interiormente.

Así mismo, se cuestiona como la enfermedad es representada, la idea de mostrarse enfermo como escape y que los otros le crean, se puede ver como una banalización de la enfermedad, puede deslegitimarla ya que la suya no es una enfermedad, es una decisión conductual.

Aun así, la representación se observa como un cuadro de demencia o de depresión, donde no se percibe una relación entre el Génesis y la actualidad del malestar. Queda difusa las alteraciones de su estado mental debido a los diferentes síntomas que presentan, lo que hace inconcluso un cuadro clínico propio.

Caracterización del tipo de estigma que sufre el personaje

Su estigma se presenta como defectos de carácter en el individuo, iniciando con su excentricidad que se separa de las dinámicas tradicionales, a la enfermedad e incapacidad de separar la ficción de la realidad. Cuando inician las alucinaciones, Alonso se asusta, se para y sale rápidamente del lugar, este tiene consciencia de lo que implica.

Posteriormente al ser visible su enfermedad, es internado en un hospital y luego a una clínica, donde tras un episodio de nervios es medicado, su estado legitima el control sobre él y la pérdida de decisión propia pues no se reconoce racionalmente.

Caracterización de la carrera moral del personaje

Al final de la película se plantea el que Alonzo se refugia en la locura para no hacerle frente a la pérdida de su familia, “por qué no se me permite solo vivir la fantasía de don quijote, desde esta perspectiva podemos observar dos formas de carrera moral:

Podemos observar la carrera desde la etapa de pre-paciente y paciente, Alonzo empieza a darse cuenta que está “perdiendo la cabeza” debido a alucinaciones que tiene con dulcinea, basa esta interpretación desde los estereotipos de procedencia cultural sobre la significación de síntomas, después tiene la crisis detonada por el cuaderno de su hija muerta, y al sumergirse completamente en su delirio y pierde contacto con la realidad, hay una imposibilidad del cuestionamiento de la identidad, no llega a confrontar los cambios en el yo que le hagan chocar con el estigma, generar encubrimientos, aquí se encuentra en el periodo de paciente donde los miembros del personal médico no le desacreditan su delirio, en cambio se lo llegan a seguir como modo de tratamiento, por lo que a pesar de ser una víctima de contingencias no se cree el que llegue a tener una fatiga moral por la exhibición inminente en la clínica.

Otra postura podría adherirse a la idea de que Alonzo se refugia en la locura, aunque esta se toma como una forma narrativa, ya que en el corrido de la película podemos ver sus delirios, viéndose en el campo de los molinos junto a dulcinea, haciendo frente a un Transmilenio como si fuese un peligro y demás, se entiende la idea de refugiarse en acciones desviadas y desacreditables, pues este rasgo carga un valor simbólico generalizado, donde las personas presuponen automáticamente las características de su poseedor, lo que le brinda “libertad” en su accionar pues no se espera nada de él. Al final de la película se tiene la siguiente conversación:

Lorenza- he estado leyendo al quijote y he llegado a la conclusión de que Alonzo Quijano no estaba loco
Alonzo- por qué lo dice?

Lorenza- Yo pienso que se disfrazaba para salir de la rutina, para darle rienda suelta a la imaginación, con los libros e historias de caballería que tanto le gustaban.

Análisis cualitativo de los rasgos de caracterización indirecta del personaje

Análisis del espacio y tiempo

Escenario	Calificación
Hospital	Privado-interior-Urbano-diferencial
Casa	Privado-interior-Urbano-Genérico

El personaje habita su residencia urbana mientras este cuerdo y el hospital psiquiátrico en la enfermedad
El espacio diferencialmente dirigido hacia la enfermedad mental es el hospital, este se presenta de forma positiva, La clínica de reposo, es un lugar amplio con patio y jardín, con techos altos y con decoración en colores tierra y blancos, su cuarto es individual, con ventanales, cama amplia, perchero y dos mesas de noche, el lugar denota que es nuevo por la calidad de las instalaciones y su fachada.

La casa por otra parte es genérica, tiene varios cuartos, es ordenada y posee una gran cantidad de libros, están en estanterías, mesas y sillas, mas no se muestran como desorden.

Análisis de la acción diferencial

Las acciones desde las cuales se le cataloga de enfermo y que van más allá de los medios visuales que utiliza el film para mostrárselo al espectador, sino que son vivencias de los personajes:

El entrar a clase actuando como Quijote, para posteriormente no poder separar la ficción de la realidad, irritarse ante la caída de un caballo de madera y atacar al decano.

Salir de la universidad recitando la obra mientras este amarrado a la camilla y llevado a la ambulancia.

No mantener una conversación lineal sino únicamente recitar frases de la obra.

Tener una crisis de nervios ante lo ocurrido con los demás enfermos, por lo que debe ser sedado.

Quedarse quieto sentado o acostado mirando al más allá como si estuviese sedado.

Los demás enfermos de la clínica son tranquilos, hablan consigo mismos o producen ruidos mientras tienen la mirada perdida, debido a una crisis en el lugar, se vuelven agresivos, gritan y corren.

La madre de la esposa de Alonso, es una mujer de tercera edad recluida en un asilo, “se quedó 30 años en el pasado”, no diferencia la realidad y ve a las demás personas como parte de este delirio, no puede mantener ningún tipo de conversación y es irritable.

La vecina es una mujer de tercera edad la cual está sola, tiene pérdida de memoria, repite las respuestas, se ríe, evita las preguntas y habla de su compañía, no puede continuar la conversación linealmente.

La acción diferencial se nos presenta como actos desviados que afectan la tranquilidad y normativa social, que no permiten a la persona “normal” tener una conversación o estar en clase, actos descriptores, asociando a personas de tercera edad con la pérdida de memoria y a los pacientes con la irritabilidad, la violencia y a la necesidad de internamiento y tratamiento farmacológico.