



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL  
MENCIÓN ARTES AUDIOVISUALES  
TRABAJO DE GRADO

**HORROR VACUI:  
GUIÓN ARGUMENTAL DE SUSPENSO, EXPLORATORIO DE LOS  
ALUCINÓGENOS, LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE Y LA MUERTE**

GARCÍA, Cristabelle

Tutora

MARTÍNEZ, Elisa

Caracas, mayo de 2014

# Formato G:

## *Planilla de evaluación*

Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela de Comunicación Social

Universidad Católica Andrés Bello

En nuestro carácter de Jurado Examinador del Trabajo de Grado titulado:

---

---

---

dejamos constancia de que una vez revisado y sometido éste a presentación y evaluación, se le otorga la siguiente calificación:

**Calificación Final:** En números \_\_\_\_\_ En letras: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Nombre:

---

Presidente del Jurado

Tutor

Jurado

Firma:

---

Presidente del Jurado

Tutor

Jurado

A todas las personas que fueron afectadas por el 9/11.

A todos quienes alguna vez se han sentido esclavos de su mente.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Mildred y Cristóbal, por su amor y paciencia, por criarme en un mundo lleno de arte y apoyarme en mi elección de carrera.

A Desy, mi hermana, por ser mi cómplice, mi modelo a seguir y también mi consultora médica.

A Diego, por acompañarme y ser mi soporte en la etapa más importante de mi carrera.

A Daniela, por ser mi otra hermana, por su incondicionalidad y sus ánimos constantes.

A mi tutora, la profesora Elisa, por sus inspiradoras clases de guión y su valiosa ayuda.

A los Dres. Guillermo Garrido García y Guillermo Garrido Rosa, por su consultoría médica.

A cada uno de mis amigos, que me ayudaron todos de una u otra manera.

# ÍNDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>1.1 LA DROGA ALUCINÓGENA LSD</b>	<b>9</b>
1.1.I PRESENTACIÓN Y CONSUMO	9
1.1.II CÓMO ACTÚA EN EL ORGANISMO	10
1.1.III EFECTOS (CORTO PLAZO)	10
1.1.III.A FÍSICOS	10
1.1.III.B PSÍQUICOS	11
1.1.IV CONSECUENCIAS (LARGO PLAZO)	13
1.1.IV.A FÍSICAS	15
1.1.IV.B PSICOLÓGICAS	16
1.1.V PERCEPCIÓN Y RECEPCIÓN DE LOS ALUCINÓGENOS EN NUESTRA SOCIEDAD	17
1.1.V.A LOS ARTISTAS Y LOS ALUCINÓGENOS	19
<b>1.2 LA ESQUIZOFRENIA</b>	<b>21</b>
1.2.I LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	21
1.2.I.A CAUSAS	21
1.2.I.B SÍNTOMAS	22
1.2.I.C CURSO DE LA ENFERMEDAD	25
1.2.I.D TRATAMIENTO	26
1.2.I.E LA ESQUIZOFRENIA Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS	27
<b>1.3 LA MUERTE</b>	<b>29</b>
1.3.I LA MUERTE COMO MECANISMO FISIOLÓGICO	29
1.3.II PERCEPCIONES DE LA MUERTE	29
1.3.III EL ENFRENTAMIENTO A LA MUERTE	33
1.3.III.A FUTURA	33
1.3.III.A.A PROPIA	34
1.3.III.A.B DE UN SER QUERIDO	36
1.3.III.B SUCEDIDA (DE UN SER QUERIDO)	37
<b>1.4 EL <i>SUSPENSE THRILLER</i></b>	<b>39</b>
1.4.I EL GUIÓN DE SUSPENSO	41
1.4.I.A EL SUSPENSO Y SU PÚBLICO	43
1.4.I.B LOS TEMAS	44
1.4.I.C LA CUESTIÓN DE LA VEROSIMILITUD	46
1.4.I.D LOS <i>THRILLS</i> , LOS OBJETOS Y LOS ESPACIOS VACÍOS: <i>PHILOBATISM</i> VS. <i>OCNOPHILIA</i>	47
1.4.II LA TÉCNICA	49
<b>CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>51</b>
<b>2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y TERMINOLOGÍA</b>	<b>51</b>
<b>2.2 OBJETIVOS</b>	<b>52</b>
2.2.I OBJETIVO GENERAL	52
2.2.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
<b>2.3 DELIMITACIÓN</b>	<b>53</b>
<b>2.4 JUSTIFICACIÓN, RECURSOS Y FACTIBILIDAD</b>	<b>54</b>
<b>2.5 METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL GUIÓN</b>	<b>55</b>
2.5.I EL PARADIGMA DE SYD FIELD	55
2.5.II EL SUSPENSO DE ALFRED HITCHCOCK	56

<b>2.6 GUIÓN</b>	<b>59</b>
2.6.I IDEA	59
2.6.II SINOPSIS	59
2.6.III TRATAMIENTO	61
2.6.IV GUIÓN LITERARIO	69
<b>2.7 DESARROLLO DE PERSONAJES</b>	<b>70</b>
2.7.I DAVID (PERSONAJE PRINCIPAL)	70
2.7.II CHARDET (AYUDANTE DEL ANTAGONISTA)	74
2.7.III SANTOS (PERSONAJE SECUNDARIO)	77
2.7.IV ANGUS/DR. DOE/THOMAS (ANTAGONISTA)	79
2.7.V LA SRA. MILLER	81
2.7.VI EL DR. KING	82
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>83</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>85</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado consiste en la elaboración de un guión argumental que explora, a manera de *suspense thriller*, la droga alucinógena LSD, los brotes psicóticos que esta puede originar, la esquizofrenia paranoide y la muerte. Con esta historia, se busca generar grandes emociones en el espectador y crear también un impacto que responda al significado que los mencionados temas tienen para el individuo y la sociedad.

Entre los antecedentes de guiones en cuanto a contenido, se encuentran los de películas como *Shutter Island* (Scorsese, M., 2010) y *A Beautiful Mind* (Howard, R., 2001), las cuales exploran la esquizofrenia paranoide desde el punto de vista de la víctima. *Jacob's Ladder* (Lyne, A., 1990) también habla sobre la disociación, la confusión entre lo real y lo imaginario, en conjunto con el enfrentamiento de la muerte de un ser querido. Entre las películas que tratan principalmente las drogas, como *Requiem For a Dream* (Aronofsky, D., 2000), *Trainspotting* (Boyle, D., 1996) y *Enter the Void* (Noé, G., 2009), no se ha encontrado ninguna en la que se incorpore la esquizofrenia como variable, pero sí son comunes las alucinaciones paranoides producto del consumo de drogas; la muerte sí es común encontrarla en este tipo de películas, pero se trata más como un hecho consecuente que como un factor causante del uso de sustancias psicotrópicas, siendo esta última una de las maneras en que se refleja la muerte en esta investigación.

En cuanto a los antecedentes de guiones según el género, se consideran, en general, todas las películas de Alfred Hitchcock, pues este autor es la única referencia tomada en cuenta para el desarrollo del suspenso en esta historia. En su obra, Hitchcock se escabulle de la banalidad y busca siempre tratar temas significativos para el hombre, hablando sobre todo de la vida y la muerte. Asimismo, sus películas nunca son fantasiosas, de manera que todo se maneja de una manera realista, aunque no siempre estrictamente verosímil. Es por ello que estos antecedentes son los más importantes, porque no solo se refieren a la forma del suspenso sino también a su contenido. De esta manera, es la obra del mencionado *Maestro del Suspenso* lo que se estudia a fondo en este trabajo.

La investigación realizada cubre un asunto que ha perseguido al hombre desde el principio de su existencia: la muerte; las drogas también son una cuestión milenaria para el ser humano; tal vez, los trastornos mentales sean un concepto más moderno y, sin embargo, han condicionado a las personas desde siempre, en su función de seres con conciencia. El punto es que estas son cuestiones tanto antiguas como actuales, porque se mantienen vigentes en la medida en que continúan afectando al individuo y a la sociedad (y cada vez de maneras nuevas y distintas), razón por la cual siguen siendo de interés humano. La muerte es el tema más universal de todos estos porque, inevitablemente, afecta directamente a todo el mundo; las drogas y los trastornos psicóticos, efectivamente, no aluden a todas las personas, pero su influencia sí recae sobre la sociedad, afectando eventual e incidentalmente la vida del hombre en ella.

El contenido elegido, entonces, se somete a una descripción que es reflejada, dentro de lo que cabe, en una historia de ficción; es por esto que se afirma que el guión en sí tan solo explora estas cuestiones. Con base en una investigación sólida y concreta, se comprenden los aspectos fundamentales de estos temas, algunos más técnicos que otros, y se conocen también distintos

puntos de vista, en aquellos casos donde cabe una subjetividad según el autor utilizado. Estos hechos e ideas se estudian por separado y también como factores combinados. Luego, se procede a construir un entramado del contenido, mediante la construcción del guión, donde se manifiesta claramente una relación lógica y posible entre los distintos asuntos estudiados, según las “leyes” del *suspense thriller*. La manera en que esto es desarrollado se contextualiza dentro del punto de vista del tesista, evidentemente influenciado por elementos del cine actual, dándole un enfoque propio y creativo, contribuyendo así con el aporte de nuevas perspectivas respecto a los temas tratados.

Es importante enfatizar el tratamiento que se le da en el guión al atentado al *World Trade Center*, el 11 de septiembre de 2001. Si bien no es una cuestión que se trata a profundidad, es el detonante de los eventos que ponen en marcha esta historia, estableciendo el contexto en el que se origina todo. Con esto, simplemente, se intenta hacer una denuncia colateral, resaltando el cómo ese devastador evento afectó, de maneras tan diversas, la vida de tantos seres humanos. Se reafirma que, además de quienes trabajaban allí y sus familiares, las consecuencias las sufrieron personas de todo tipo y los daños no fueron únicamente físicos (muertos y heridos), sino también psicológicos, extendiéndose así a lo largo del tiempo y a través de la existencia de muchos.

Para desarrollar el guión, se utiliza el paradigma de Syd Field, el cual ha demostrado ser un recurso infalible a través del tiempo. Este método demuestra que la estructura es tan importante como el contenido, pues lo sostiene todo en su lugar. Entonces, la historia tiene una progresión que obedece a los tres actos y a los elementos clave que los conforman. Esta es la principal herramienta empleada para mantener el control sobre el guión y asegurar que su hilo dramático no se suelte, de manera que el conflicto del protagonista no se resuelva sino hasta el final. Una buena base consiste en una estructura sólida que puede incluso ser imperceptible para el público, pero en definitiva tiene un efecto en él.

El ambiente en el que se lleva a cabo la trama tiene que pertenecer al mundo de lo posible, de lo real, pero el guión debe también cumplir con su función como producto del cine: entretener a la audiencia. El objetivo consiste, entonces, en contar una historia perteneciente al *suspense thriller* (género que emociona al espectador), mientras refleja una de las posibles realidades de un consumidor de drogas alucinógenas, con las variables del enfrentamiento a la muerte y los trastornos psicóticos. Para lograr esto, se investigan los temas mencionados, el género del suspenso y el paradigma del guión, tomándolo todo en cuenta para la elaboración del mencionado producto.

El trabajo está estructurado por un Marco Teórico y un Marco Metodológico. En el primero, se describen los temas y el género del guión, conformándose por cuatro capítulos: Capítulo I: La droga alucinógena LSD; Capítulo II: La esquizofrenia; Capítulo III: La muerte; Capítulo IV: El *suspense thriller*. En el Marco Metodológico, se encuentran el planteamiento del problema, los objetivos (general y específicos), la delimitación y la justificación de la investigación. Luego, en el mismo marco, profundizando más en la creación propia del guión, se explica la metodología empleada para su construcción: El Paradigma de Syd Field; se materializa el producto en sus distintos grados: idea, sinopsis, tratamiento y guión literario; y se muestra el desarrollo de personajes elaborado. En la sección de la metodología utilizada, también se puntualiza cómo son aplicados, en la progresión de la historia, los parámetros establecidos por el *suspense thriller* de Alfred Hitchcock, previamente detallado en el Marco Teórico.

# CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

## 1.1 LA DROGA ALUCINÓGENA LSD

Según Stoppard, M. (2000), “el ácido (LSD o dietilamida de ácido lisérgico) es una droga extraordinariamente poderosa que altera la mente, es decir, afecta el cerebro, provocando alucinaciones que modifican la forma de percibir el mundo e intensifican las imágenes” (p.90). La autora recalca que las alucinaciones son también auditivas y, en fin, consisten en “cosas irreales” (p.8).

### 1.1.i Presentación y consumo

“El LSD (ácido lisérgico) se elabora a partir de una seta que crece en los sembradíos de centeno” (Stoppard, M., 2000, p.11). El nombre científico de este hongo parásito es *Claviceps purpurea* (Varenne, G., 1973, p.400).

(...) el ácido lisérgico (...) se aisló en 1934. A partir de este momento, los laboratorios Sandoz, de Basilea, prepararon una serie de compuestos a base de esta sustancia. El número veinticinco fue el resultado de su condensación con la dietilamida; se le llamó *Lyser Sauer Diethylamida 25*, o LSD 25 (Varenne, G., 1973, p.401).

“La mayoría de las drogas de consumo ilícito que se obtienen en la calle comenzaron siendo medicamentos respetables y legítimos; la profesión médica los desarrolló como posibles remedios para diversas afecciones (...)” (Stoppard, M., 2000, p.11).

En realidad, Albert Hofmann sintetizó esta droga en 1938, mientras trabajaba para una farmacéutica [la mencionada Sandoz]. Más tarde, en 1943, el científico la probó y descubrió sus propiedades alucinógenas (LSD: a short story -s.f.- Foundation for a Drug-Free World. The Truth about LSD [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

En su estado natural, se trata de cristales transparentes. Pero esta droga suele presentarse como pequeños papeles cuadrados que tienen algún dibujo impreso en ellos o, sino, como píldoras de colores (Stoppard, M., 2000, p.90). Su consumo es evidentemente oral.

Habitualmente se presenta en forma de hojas divididas en sellos; cada una contiene algo más de cien sellos. Los sellos miden unos 5 mm de lado (...). Los micropuntos son píldoras diminutas (...); son menos comunes que los sellos. Miden de 2 a 3 mm de diámetro (...) (Stoppard, M., 2000, p.90).

Las cantidades en que se presentan estos sellos o micropuntos, varían de entre 25 microgramos a 250 microgramos de ácido, pero se considera que lo regular para una experiencia moderada deberían ser unos 50 microgramos (Stoppard, M., 2000, p.90). El microgramo es una “(...) unidad

de peso equivalente a una milésima de miligramo, es decir, la millonésima parte de un gramo (...). La dosis mortal para el hombre, aunque no conocida con exactitud, se calcula en unos 15 [miligramos]”. Es tan intensa y potente esta droga, que un gramo alcanza para fabricar entre 4.000 y 10.000 dosis medias (Varenne, G., 1973, p.401).

### **1.1.ii Cómo actúa en el organismo**

Muchos alucinógenos tienen estructuras químicas similares a los de los neurotransmisores naturales. Mientras que los mecanismos mediante los cuales los alucinógenos ejercen sus funciones permanecen inciertos, investigaciones sugieren que estas drogas funcionan, al menos parcialmente, interfiriendo temporalmente con la acción de los neurotransmisores o adhiriéndose a sus receptores (DrugFacts: Hallucinogens - LSD, Peyote, Psilocybin, and PCP -2009- NIH National Institute on Drug Abuse. Drug Facts [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

Específicamente, el neurotransmisor que afecta el LSD es el de la serotonina (la cual se encuentra distribuida por el cerebro y la médula espinal), perturbando así la interacción entre las neuronas y perjudicando el control de los sistemas regulatorio, perceptual y del comportamiento (DrugFacts: Hallucinogens - LSD, Peyote, Psilocybin, and PCP -2009- NIH National Institute on Drug Abuse. Drug Facts [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

### **1.1.iii Efectos (corto plazo)**

En cuanto a los efectos inmediatos del ácido, “comienzan unos 30 minutos después de consumirlo, alcanzan un máximo al cabo de aproximadamente dos horas y se mantienen varias horas o más, hasta que el consumidor se queda dormido” (Stoppard, M., 2000, p.91).

#### **1.1.iii.a Físicos**

Los síntomas físicos de una intoxicación pueden ser: pupilas dilatadas; salivación o boca seca; hormigueo en los dedos de manos o pies; debilidad; mareo, náuseas, pulso acelerado y convulsiones; sudor o escalofríos; visión borrosa; inhabilidad para ejecutar tareas complejas como manejar u operar maquinaria pesada (Signs and Symptoms of LSD Abuse -s.f.- Narconon International. Drug Abuse [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

Estos síntomas se presentan al momento, pero por sí mismos no representan una amenaza a la vida de la persona. “Con el ácido prácticamente no hay riesgo de efectos colaterales físicos; tampoco es adictivo (...)” (Stoppard, M., 2000, p.92).

La consecuencia física inmediata es el “bajón” que, aunque no se presente siempre como un *down* psicológico, siempre se presentará en el sentido físico (Stoppard, M., 2000, p.27). Según Varenne, G. (1973), el consumidor queda sin energía y, por lo tanto, se le dificulta llevar a cabo sus tareas cotidianas (p.432).

‘Es el justo castigo por la impía prodigalidad con la que se ha realizado un gasto tan grande de fluido nervioso. Uno ha lanzado su personalidad a los cuatro vientos y ahora le cuesta un gran esfuerzo reunirla y concentrarla’ (Baudelaire, C., citado por Varenne, G., 1973, p.432).

Sin embargo, el consumidor sí puede sufrir daños físicos o, incluso, morir, como producto de sus acciones mientras está bajo la influencia del LSD. “Algunos suicidios -logrados o fracasados- han sido atribuidos al LSD; también se han observado accidentes mortales en los que la intención suicida no se estableció con toda claridad” (Varenne, G., 1973, p.429). El suicidio puede ser tanto intencional, un intento desesperado por escapar de un mal viaje, como no intencional, es decir, una acción realizada bajo las distorsiones perceptivas que llevan al consumidor a creer que puede hacer cosas que en realidad escapan su capacidad física.

“Sydney Cohen ha publicado (...) el caso de un joven alucinado que se fue a pasear, titubeante, en medio de un intenso tráfico rodado, gritando ‘alto’ a todo el mundo; y el de otro *acid-head* que se lanzó al agua después de haber tomado la droga, estando completamente solo en la playa. Ambos murieron” (Varenne, G., 1973, p.429).

### **1.1.iii.b Psíquicos**

Stoppard, M. (2000) divide estos síntomas según dos tipos de percepciones: las del mundo exterior y las del mundo interior. Así, en cuanto a la primera, señala cómo cambian los aspectos visuales: la luz, los sonidos, los colores, las texturas, las imágenes en sí, todo esto sufre variaciones y, además, se producen alucinaciones en el sentido de que “(...) se ven cosas irreales; a veces son agradables, a veces, espantosas” (p.91).

Se produce una hipersensibilidad inhabitual de los sentidos (hiperestesia sensorial); las percepciones se hacen más agudas; el menor ruido adquiere una extraordinaria resonancia interna y los colores se perciben en tonos brillantes; pueden aparecer pseudoalucinaciones (ilusiones): el intoxicado ve los objetos reales deformados, los contornos rectos se vuelven sinuosos, las caras, las de los demás o la propia vista en un espejo, se convierten en asimétricas, incluso monstruosas; (...) el drogado puede tener auténticas alucinaciones: visiones muy coloreadas, durante las cuales se perciben tanto figuras geométricas como personajes y paisajes. Estas visiones pueden ser mudas o, por el contrario, emitir sonidos, música, incluso palabras o frases enteras. También se pueden tener alucinaciones auditivas, no necesariamente relacionadas con las visuales. Igualmente pueden producirse trastornos de la percepción táctil (Varenne, G., 1973, p.428).

“El gran peligro de estas drogas reside en su psicotoxicidad. Los alucinógenos son sustancias que, incluso a dosis relativamente débiles, producen sobre todo trastornos sensoriales”. El autor distingue así, aparte de las alteraciones de las percepciones visuales y auditivas, distintos tipos de alucinaciones relacionadas con las percepciones del propio cuerpo: alucinaciones de la sensibilidad general, las del esquema corporal, las cinestésicas y las vestibulares (Varenne, G., 1973, p.397). “La percepción de los propios miembros o del cuerpo entero puede verse extrañamente trastornada; el esquema corporal se modifica profundamente” (Varenne, G., 1973, p.430). También son comunes las experiencias sinestésicas, en las que las distintas funciones sensoriales se superponen y se mezclan (Varenne, G., 1973, p.397).

En cuanto a la percepción del mundo interior, la autora establece que se producen cambios en la “mente consciente” y se genera una actitud introspectiva. Puede cambiar la manera de ver el mundo y la vida, planteándose cosas que nunca antes se habían planteado. “(...) algunos afirman que comprenden las cosas mejor que nunca” (Stoppard, M., 2000, p.91). “A veces el drogado llega a revivir recuerdos hace ya mucho tiempo relegados al olvido” (Varenne, G., 1973, p.429).

“Los alucinógenos ocasionan asimismo alteraciones del raciocinio, de la vida afectiva y, en ocasiones, de la memoria. Bajo su influencia, el individuo puede sentirse absorbido hasta tal punto por la extraordinaria experiencia que pierde la noción del tiempo” (Varenne, G., 1973, p.397). “El sentido de la orientación, sobre todo del tiempo y del espacio, resulta a menudo afectado: un minuto parece una eternidad durante la que el intoxicado vive en un mundo de fantásticas visiones (...)” (Varenne, G., 1973, p.430).

“Todo ello se halla fuertemente acentuado desde el punto de vista afectivo: la emotividad y la sugestibilidad del consumidor aumentan considerablemente”. Según el autor, uno de los peligros de los alucinógenos radica en que puede causar “(...) una audacia de tipo megalomaniaco que puede tomar proporciones peligrosas. Esta hipersensibilidad de los sentidos y las reacciones afectivas puede dar lugar a actuaciones bruscas, impulsivas (...)” (Varenne, G., 1973, p.429).

Toda la experiencia de una sesión de intoxicación es conocida como “viaje”, el cual “puede ser ‘bueno’ o ‘malo’” (Stoppard, M., 2000, p.9). Un “buen viaje” puede llegar a ser una experiencia maravillosa que, como se explicó arriba, incluso expanda la mente; pero también existe el riesgo de un “mal viaje”, pues nunca se sabe cuál va a tocar. En el segundo caso, “(...) puede parecer una pesadilla y desencadenar psicosis de drogas, es decir, que jamás será posible escapar por completo de las pesadillas” (Stoppard, M., 2000, p.91). Un mal viaje puede perjudicar al consumidor tanto física como emocionalmente (Stoppard, M., 2000, p.27).

Por un lado, está el riesgo de las acciones que pueda tomar la persona en medio de su angustia y desespero; por el otro, está el daño psicológico que esto ocasiona. Además, una vez superada la pesadilla, está el riesgo de sufrir recurrencias (también conocidas como *flashbacks*), las cuales se explicarán en el apartado de las consecuencias psicológicas.

Varenne, G. (1973) distingue cuatro fases durante la “intoxicación aguda”, es decir, durante el viaje como tal: la fase de euforia; la fase de excitación sensorial y afectiva con desorientación (o fase de confusión); la fase de éxtasis; y la fase de sueño y de despertar (p.428).

La primera de estas cuatro etapas consiste en el efecto gradual de la droga:

El consumidor experimenta una sensación de bienestar físico y psíquico, de satisfacción interior, de íntima felicidad, que desea comunicar a sus íntimos. (...) En el curso de esta fase primaria, la capacidad de juicio se conserva relativamente intacta; el intoxicado es todavía espectador consciente de la progresiva perturbación de sus automatismos motores e instintivos (Varenne, G., 1973, p.428).

En la segunda etapa, se dan todos los efectos psíquicos ya mencionados (Varenne, G., 1973, p.428). En la tercera, la fase de éxtasis, se regresa a la calma placentera, con esporádicos retazos de la fase de excitación. “Kif es la denominación árabe de esta dichosa quietud, esta beatitud

tranquila e inmóvil, esta felicidad absoluta”. Aunque el efecto de la droga se comienza a disipar, se da una “profunda impotencia física”. Baudelaire llega a describirla y, también, afirma que “(...) ‘todos los problemas filosóficos están resueltos’” (Varenne, G., 1973, p.431).

‘En este supremo estado -añade este analista de los efectos misteriosos de las drogas-, el amor, en los espíritus sensibles y artistas, toma las formas más singulares y se presta a las combinaciones más barrocas. Un libertinaje desenfrenado puede mezclarse a un sentimiento de paternidad ardiente y afectuosa’ (Baudelaire, C., citado por Varenne, G., 1973, p.431).

“Esta relajación, que no siempre es tan pasiva, se sigue de un período de sueño (...)” (Varenne, G., 1973, p.432). Es en esta última fase que tiene lugar el ya mencionado bajón (que puede llegar a ser psicológico).

Stoppard, M. (2000) lo define así:

(...) la sensación de agotamiento, depresión y malestar con distintos grados de intensidad que se presenta al disiparse los efectos de una droga (...). Cuanto más se sube, más duro es el bajón. La euforia de los estimulantes se produce utilizando la propia energía del cuerpo -la droga actúa meramente como un detonante-, por lo tanto, cuando sobrevienen el agotamiento y la depresión, el bajón es inevitable, y puede durar varios días. El consumo continuo de estimulantes puede causar bajones prolongados y más profundos, pues el organismo tiene menos tiempo de recuperarse. (...) puede provocarte paranoia, nerviosismo y pánico (p.27).

Es obvio decir que los diversos aspectos de este ciclo de síntomas pueden variar mucho según la dosis absorbida, la ‘disponibilidad’ individual y el ambiente creado (...). ‘Son precisos, en la medida en que se pueda, un buen apartamento o un hermoso paisaje, un espíritu libre y desinteresado, y algunos cómplices cuyo temperamento se parezca al vuestro; también algo de música, si es posible’ (Baudelaire, C., citado por Varenne, G., 1973, p.432).

### **1.1.iv Consecuencias (largo plazo)**

Para el tema que se tratará en este apartado, es necesario aclarar que la terminología básica es muy variable según cada autor, según su campo de especialidad y también dependiendo de la época en la que escribe. Varenne, G. (1973) escribió su obra en el momento en el que la investigación científica sobre el LSD apenas se había comenzado a restringir. Sin embargo, el término “farmacodependencia” acababa de ser acuñado para sustituir los términos “toxicomanía” y “hábito”; es importante, entonces, tratar estos conceptos según la definición que tenían para ese momento y la comprensión y el uso que les daba el autor. De esta manera, sus citas serán comprendidas con la intención exacta que él le dio a su obra.

Varenne, G. (1973) habla tanto de la dependencia física como de la necesidad psíquica, la cual es variable pero él también considera como una grave dependencia (p.438).

(...) toda utilización excesiva y persistente de drogas no conduce inexorablemente a un estado de dependencia. Para llegar a él es necesario que la sustancia química de la que se abusa tenga unas propiedades farmacológicas bastante precisas (...) estas propiedades (...) se relacionan con la aptitud de una droga para influir en el sistema nervioso central de una

forma que es vivida y sentida por el usuario como agradable, si no forzosamente euforizante (Varenne, G., 1973, p.28).

Además, destaca que incluso las drogas propensas a causar adicción dependen de la calidad del huésped para lograrlo. “Esta eventualidad no se presenta de una forma inexorable cuando una persona usa o incluso abusa un poco de una droga capaz de producir la adicción” (Varenne G., 1973, p.29). Pero cuando sí se presenta, “(...) en el curso de la interreacción bioquímica y biopsicológica entre dicha sustancia y la persona que usa o abusa de ella, existe una gradación en la eclosión y el desarrollo de la adicción” y la intensidad de esto depende tanto de la droga en sí como del psiquismo del consumidor (Varenne, G., 1973, p.30).

Es importante destacar que el autor trata en un mismo capítulo el Cannabis y el LSD. “La diferencia entre ambas sustancias es tan pequeña que preferimos tratar este género de drogas en un solo capítulo, más teniendo en cuenta que, aunque no completamente idénticas, sus efectos farmacológicos son muy semejantes” (Varenne, G., 1973, p.396).

En cuanto a la dependencia que pueda originar este tipo de droga, el autor establece:

(...) ningún alucinógeno se considera capaz de originar una auténtica dependencia física. En cuanto al grado de necesidad psíquica, varía de moderado a fuerte y depende mucho más del carácter del consumidor y la sensación, subjetivamente muy variable, buscada en la droga, que de las propiedades esenciales de esta (Varenne, G., 1973, p.396).

También resalta la diferencia entre el hábito y la toxicomanía (o adicción), enfatizando que el primero precede al segundo en el desarrollo de una farmacodependencia (Varenne, G., 1973, p.31). El autor utiliza recurrentemente estos tres términos (hábito, toxicomanía y farmacodependencia); los primeros dos fueron objeto de numerosas redefiniciones por los organismos competentes, que buscaban hacerlos aplicables de una manera práctica al abuso de las drogas en general. Fue por esto que, finalmente, ambas definiciones se fundieron en una sola para “evitar la dificultad de su distinción” (Varenne, G., 1973, p.45).

Se comenzó a hablar entonces de la farmacodependencia, de la manera en que el autor cita con todo su consentimiento:

‘(...) es un estado psíquico, y en ocasiones también físico, debido a la interacción entre un organismo vivo y un medicamento y que se caracteriza por las modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, entre las que siempre se encuentra una pulsión a ingerir el medicamento de forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones de evitar la angustia de la privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. Un mismo individuo puede ser dependiente de varios medicamentos’ (Comité OMS de Expertos en las Drogas que Producen Dependencia, citado por Varenne, G., 1973, p.44).

Definida de esta nueva forma la dependencia, es preciso, para puntualizar bien las cosas, añadir de qué tipo de droga se trata. (...) el género e incluso la intensidad de este estado varían según el grupo genérico al que pertenece la sustancia (...) (Varenne, G., 1973, p.45).

Sin embargo, el autor hace énfasis en el hecho de que las anteriores definiciones (hábito y toxicomanía) no quedan obsoletas y habrá que recurrir a ellas en determinadas ocasiones, “(...) ya que existe efectivamente una diferencia entre el estado de hábito y el de toxicomanía” (Varenne, G., 1973, p.46).

Varenne, G. (1973) afirma que, cuando se trata de las drogas que causan dependencia física, “(...) se alcanza el estado de toxicomanía cuando se llega a la certeza de la existencia de la dependencia física” (p.41).

Por el contrario, el paso del hábito a la toxicomanía es muy fluido para las drogas no susceptibles de provocar una dependencia física. (...) los límites entre los dos estados son muy poco netos. No se trata más que de una cuestión de grado. No existe un *cut-off-point*, una frontera, como lo es la creación de un estado de necesidad, realmente fisiopatológico, para las drogas adictivas en el sentido estricto de la palabra, tal como nosotros la entendemos. Por tanto, cuando se trata de sustancias como la cocaína y el cáñamo indio, así como las amfetaminas y el LSD, sustancias que únicamente originan una dependencia psicológica, es importante saber con precisión, en cada uno de los casos, si ha dado lugar a un ‘simple’ deseo o a un deseo ‘invencible’ de continuar tomándola, si el drogado trata de conseguirla ‘por cualquier medio’, si se aumentan las dosis y si los efectos no son perjudiciales más que para el individuo o también lo son para la sociedad (Varenne, G., 1973, p.41).

#### **1.1.iv.a Físicas**

Como el LSD no genera dependencia física, no se producen síntomas físicos de abstinencia cuando la droga no se está consumiendo.

Para aclarar en qué consiste la dependencia física:

(...) pone de manifiesto un estado fisiológico modificado; el estado de pura dependencia psíquica se ha sobrepasado ampliamente, realizándose una adaptación fisiopatológica a nivel de la misma célula nerviosa, ocasionada por la repetida administración de un producto a lo largo de un período más o menos largo. Este estado hace verdaderamente necesario el uso prolongado de la sustancia adictiva si se desea evitar el característico síndrome de abstinencia (...). Únicamente se exterioriza cuando deja de tomarse el tóxico de una forma brusca o tras una notable disminución de las dosis habituales (...) (Varenne, G., 1973, p.36).

En esta investigación tampoco se han encontrado daños físicos *per se* ocasionados por la droga (aparte de los cambios que produce en el cerebro, que serán tratados en el siguiente apartado). Sin embargo, el LSD sí genera rápidamente una gran tolerancia, es decir, que es necesario aumentar la dosis a los pocos usos porque la dosis inicial ya no ocasiona el mismo efecto. De todas maneras, esta tolerancia también desaparece rápidamente si el consumo es suspendido por unos cuantos días (Why do people take hallucinogens? -2001- NIH National Institute on Drug Abuse. Hallucinogens and Dissociative Drugs [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

En cuanto a la tolerancia, es el fenómeno de adaptación biológica caracterizado por una disminución del efecto farmacológico de una droga tras la toma repetida de la misma dosis. En otras palabras, para producir el efecto inicial que el toxicómano desea hay que aumentar gradualmente la posología (Varenne, G., 1973, p.35).

### 1.1.iv.b Psicológicas

Los *flashbacks* o recurrencias “consiste[n] en revivir, al cabo de un tiempo y sin haber tomado la droga, las alucinaciones experimentadas durante un ‘viaje’ anterior. En algunos países se le llama ‘devolver al pasado’”. Esto puede pasar durante meses o, incluso, durante un periodo de tiempo más largo (Stoppard, M., 2000, p.9). Cabe destacar que pueden pasar en cualquier momento después del viaje, desde un día después hasta a los años, no hay manera de evitar su desencadenamiento y, cuando sucede, “(...) son más cortas que el viaje inicial, pero pueden durar horas” (Stoppard, M., 2000, p.93).

“Los malos viajes son diferentes para cada persona y difíciles de describir con palabras, pero es posible reconstruirlos mentalmente con posterioridad” (Stoppard, M., 2000, p.27). La autora compara esta experiencia, la de un *bad trip*, con lo que se siente justo antes de despertar de una pesadilla e indica que el riesgo de que ocurra aumenta con la dosis ingerida (Stoppard, M., 2000, p.92). Sin embargo, a la hora de analizar cómo reacciona cada persona con la droga, sí tiene cabida la personalidad de cada quien, su “estructura prepsicótica”(Baudelaire, C., citado por Varenne, G., 1973, p.433).

Aldous Huxley, quien experimentó con la mezcalina, afirmó que la experiencia podía llegar a ser muy fea:

‘Hay un infierno, lo mismo que hay un cielo.’ E insiste en la necesidad de que el visionario tenga una buena salud mental. Para muchísimos de ellos, ‘el mundo se transfigura así en mucho peor’. Huxley la llama la experiencia visionaria negativa (Huxley, A., citado por Varenne, G., 1973, p.410).

Pero las consecuencias psicológicas no se detienen en los *flashbacks*, que muchas veces pueden ser de los *bad trips*. Si bien no se sabe a ciencia cierta cómo funciona el ácido en el cerebro, es evidente que lo trastorna de alguna manera. “Como altera la mente, el ácido puede desencadenar trastornos mentales de los que ni siquiera estabas enterado y tornarte deprimido, paranoico o incluso necesitar un tratamiento psiquiátrico” (Stoppard, M., 2000, p.92).

Varenne, G. (1973) destaca que las “anomalías psicosenoriales pueden llevar a auténticos síntomas de despersonalización, así como a fenómenos psicóticos, a la locura tóxica”, la cual suele ser temporal pero también puede extenderse durante un tiempo largo, así como también puede desaparecer y volver en cualquier momento, incluso si no se ha consumido de nuevo (p.430). Por supuesto, mientras más tiempo se lleva consumiendo, peores pueden ser los efectos sobre el psiquismo (p.433).

Estas reacciones psicóticas toman la apariencia de una esquizofrenia, de trastornos paranoicos o de delirios ansiosos. (...) Según Smart y Bateman (...) es indiscutible que no se necesita en modo alguno una predisposición o un pasado psiquiátrico para caer bruscamente en la locura tóxica (Varenne, G., 1973, p.430).

El equipo psiquiátrico del hospital Bellevue de Nueva York, donde se trata a numerosos toxicómanos, comunicó en 1966 (...) que, entre 52 casos de psicosis prolongada por LSD, seis duraron más de una semana. Cinco de esas personas no tenían antecedentes psicopatológicos y en apariencia habían estado siempre perfectamente integrados. Entre el 30

y el 50 por 100 de las psicosis prolongadas se habían declarado a partir del primer *trip* con LSD (Varenne, G., 1973, p.430).

### 1.1.v Percepción y recepción de los alucinógenos en nuestra sociedad

Quiénes toman drogas podrán estar tocando tambores, empleando fuego, entonando cánticos, mirando luces parpadeantes o escuchando música, pero su propósito es el mismo: escapar de la sensación de aislamiento y sentirse en unidad con todo lo que les rodea. El atractivo de las drogas siempre radicó en que cambian el modo de experimentar y percibir el mundo exterior (Stoppard, M., 2000, p.13).

La experiencia americana demuestra que la mayor parte de los *heads* de todo tipo -*acid heads*, *hop heads* o *pill heads*, es decir, los consumidores regulares de LSD, de estupefacientes o de comprimidos de barbitúricos o amfetaminas- comienzan por el *Cannabis*, casi todos comienzan por ser *pot heads* (Varenne, G., 1973, p.438).

Sin duda alguna, los consumidores de drogas son capaces de encontrar una justificación interna para su conducta. Pero lo que la sociedad en general opina sobre las drogas, sean del tipo que sean, es que el que las consume es una persona desviada. Sin embargo, con el paso del tiempo, la sociedad moderna se ha llenado de matices en cuanto a cómo percibe y recibe los distintos tipos de drogas.

La historia de las plantas alucinógenas y su consumo humano data desde mucho antes del descubrimiento del LSD, apenas el siglo pasado (Varenne, G., 1973, p.403). Esta última tiene un historial de altos y bajos en nuestra sociedad. Luego de su descubrimiento, la droga fue usada por un tiempo para estudiar el comportamiento, sobre todo el relacionado con la psicosis; esto se dio durante las décadas de los 40, 50 y 60. Fue así como la droga se fue filtrando de los experimentos y se distribuyó ampliamente, todo esto mientras no se hacía ningún avance o descubrimiento médico con el ácido. La droga se popularizó en los 60 y fue ilegalizada en los Estados Unidos en 1967. Su uso bajó en los 80 y volvió a subir en los 90, seguido de otra baja alrededor del año 2000 (LSD: a short story -s.f.- Foundation for a Drug-Free World. The Truth about LSD [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

En cuanto a los estudios científicos hechos con los alucinógenos, cabe destacar que “(...) muchos y auténticos investigadores científicos los experimentaron sobre sí mismos”, a manera de autoobservación, entre ellos Albert Hofmann con el LSD, en 1943. “Sobre todo, no hay que olvidar que todas estas drogas podían tener una utilidad terapéutica, y no son tan raros los científicos tentados a ofrecerse como cobayas en el curso del estudio preclínico de una nueva sustancia” (Varenne, G., 1973, p.412).

Resaltando, como ejemplo, un estudio de la psilocibina hecho en 1958, por el profesor Jean Delay, el autor destaca: “El propósito principal de tales ensayos es estudiar las que se han llamado psicosis artificiales o modelos, comparadas con los auténticos casos psicopatológicos, los espontáneos” (Varenne, G., 1973, p.412).

La primera droga en atraer una gran atención como un posible modelo de la psicosis fue el LSD (Di Forti, M., Morrison, P., Murray, R., Paparelli, A., Drug-Induced Psychosis: How to Avoid

Star Gazing in Schizophrenia Research by Looking at More Obvious Sources of Light -2010-PubMed Central. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* [Página web en línea] (Traducción libre del autor).

“La observación científica pura en individuos mentalmente sanos, como la realizada por Delay y sus colaboradores, dio paso a las técnicas colectivas de aire místico-filosófico. El gran sacerdote de este movimiento psicodélico pseudo-religioso fue indiscutiblemente Timothy Leary”. Este psicólogo, quien fue docente en la Universidad de Harvard, probó los “hongos mágicos” por primera vez durante una visita a México, en 1960 (Varenne, G., 1973, p.413).

Entonces, al regresar a los Estados Unidos, Leary “(...) comenzó a hacer pruebas con la psilocibina en 35 detenidos (...)”, junto con otro psicólogo llamado Richard Alpert. Luego, ambos fueron involucrando a algunos estudiantes en sus experimentos, invitándolos a ser parte de “sus *trips* liberadores del inconsciente” (Varenne, G., 1973, p.414).

Pero el riguroso control de las experiencias se redujo gradualmente. Muy pronto Alpert y Leary consideraron la presencia inicial de médicos en las pruebas como ‘alteradora de los efectos de la droga’. Suspendieron, pues, la supervisión médica. Ellos mismos empezaron a tomar cada vez más alucinógenos (Varenne, G., 1973, p.414).

A finales de 1962 Leary y Alpert fundaron en Newton dos casas de ‘vida comunal’, con la expresiva denominación de *International Federation for Internal Freedom*, I.F.I.F. (federación internacional para la libertad interior), más tarde, *League for Spiritual Freedom*, L.S.F. (liga para la libertad espiritual). Se predicaba el libre consumo de alucinógenos, sustancias que permitían acceder a una ‘vida trascendental’. ¿Y por qué no elegir la denominación L.S.D., es decir, *League for Spiritual Dependency*? (Varenne, G., 1973, p.414).

Todo esto condujo a que, en 1963, estos dos docentes fuesen expulsados de la Universidad de Harvard, “(...) ‘por graves faltas de conducta e incumplimiento del deber’ (...). A los ojos de muchos, no eran ya simples investigadores, sino auténticos propagandistas de la droga” (Varenne, G., 1973, p.415).

La I.F.I.F. se trasladó a México en abril de 1963 e instaló un Centro de Estudios Psicodélicos en una pequeña ciudad costera, Zihuatanejo. Se podía alquilar una habitación por 200 dólares al mes y comprar un azucarillo saturado de LSD a cinco dólares aproximadamente (Varenne, G., 1973, p.415).

Sin embargo, las autoridades se comenzaron a alarmar y terminaron expulsándolos del país, tras tan solo seis semanas. “De vuelta a los Estados Unidos, el gran sacerdote de la libertad espiritual intensificó su propaganda”. Pero también tuvo problemas con la justicia americana (Varenne, G., 1973, p.415). A Timothy Leary “se le atribuyen más de 300 *trips* con el LSD, gracias al cual, según él, ‘cada uno será su propio Buda, su propio Einstein y su propio Galileo’” (Varenne, G., 1973, p.416).

Finalmente, los problemas y las complicaciones originadas por el LSD se hicieron tan numerosos que la única firma productora, Sandoz, decidió, en la primavera de 1966, poner fin a su fabricación, a pesar de las enormes inversiones que había destinado durante cinco

años a la investigación científica, en busca de su eventual utilidad médica. Las reservas del producto existentes en ese momento fueron puestas a disposición del *National Institute of Mental Health* de los Estados Unidos, institución que no concedió la droga más que a muy pocos investigadores, que habían obtenido el permiso de la *U.S. Food and Drug Administration* (Varenne, G., 1973, p.417).

Algunos experimentos con el LSD continuaron hasta que el gobierno de los Estados Unidos oficialmente ilegalizó la droga en 1967 (LSD: a short story -s.f.- Foundation for a Drug-Free World. The Truth about LSD [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

Hoy día, se están retomando las investigaciones donde fueron dejadas. En marzo de 2014, el *Journal of Nervous and Mental Disease* publicó los resultados del primer estudio controlado, realizado en más de 40 años, acerca de la psicoterapia asistida con LSD. Según los investigadores, los resultados indican que el LSD puede reducir la ansiedad cuando es administrado de una manera segura, en un ambiente psicoterapéutico metódicamente riguroso y médicamente supervisado, lo cual, afirman, sugiere que se necesitan mayores estudios controlados (Lowry, F., LSD for Anxiety: Hallucinogen as Treatment Revisited -2014- Medscape Medical News. Psychiatry [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

### **1.1.v.a Los artistas y los alucinógenos**

“He expuesto -dice Baudelaire- los fenómenos que se producen generalmente en los espíritus artísticos y filosóficos. Pero existen temperamentos en los que esta droga produce una locura escandalosa, una alegría violenta” (Baudelaire, C., citado por Varenne, G., 1973, p.433). El escritor francés se refería a su obra *Du Vin et du Haschisch* (1860), donde compara los efectos del vino con los del hachís.

“Nada de extraño hay en que escritores y poetas hayan recurrido a la fuente de las plantas alucinógenas o a sus alcaloides” (Varenne, G., 1973, p.406). Los artistas han sido de los más notables consumidores de alucinógenos a lo largo de la historia del hombre. Sobre todo porque, dada la naturaleza de lo que hacen, lo dejan saber con naturalidad e, incluso, detallan sus experiencias a través de sus obras y testimonios.

Antonin Artaud, escritor francés de personalidad algo inestable y quien finalmente terminó en un psiquiátrico, llevó a cabo “(...) una serie de obras consagradas a la droga [el peyotl] y al embriajamiento que procura. La llamó ‘Jesucristo el Peyotl’” (Varenne, G., 1973, p.407).

El alcaloide más activo de este cactus, la mezcalina, tuvo también sus adeptos. Dos de los más conocidos fueron Aldous Huxley y Henri Michaux. Sin embargo, sus motivaciones parecen haber sido muy distintas de las de Antonin Artaud. Ellos abordaron la droga con algo más de lucidez. En realidad, realizaban autoobservaciones, a las cuales no era extraño un cierto espíritu científico (Varenne, G., 1973, p.407).

Henri Michaux experimentó con la mezcalina, lo que no tiene nada de sorprendente sabiendo que llevaba escritas una veintena de obras, la mayoría de las cuales no eran más que el reflejo de su constante preocupación por la exploración del inconsciente. *Misérable miracle* (1956) es el ‘informe’ de esta autoobservación artificial de la mezcalina; en efecto, la fuerza poética

del autor no impide que el libro sea una relación precisa, nos atreveríamos a decir que científica, de lo que él había sentido (Varenne, G., 1973, p.408).

Aldous Huxley se muestra más entusiasta, a pesar de las prudentes reservas apenas expresadas en sus libros *The Doors of Perception* (1954) y *Heaven and Hell* (1957), dos obras que han contribuido mucho a la propagación del movimiento para la legalización de los alucinógenos.(...) Huxley se acercó a la mezcalina como el médico que le hubiera gustado ser (...). Trató de explicar el mecanismo de la droga, de forma muy aproximada y de escasa validez, como biólogo, cosa que tampoco era (...) (Varenne, G., 1973, p.409).

Han existido, de esta manera, distintas justificaciones, dentro de los distintos círculos de artistas, para su consumo de estas drogas. Cabe destacar, en cuanto al LSD, la siguiente:

(...) para esos curiosos poetas contemporáneos de la *beat generation* el LSD no es tanto un vehículo que debe conducirlos a la evasión trascendental, cuanto un medio de protesta contra el *establishment* (la sociedad establecida) (...) en especial el poder del Estado americano y la ‘muerte industrializada’ (Varenne, G., 1973, p.410).

Allen Ginsberg fue uno de esos poetas y *Howl* (1956) fue su obra más representativa del movimiento *beat*:

Como muchos de sus predecesores, Ginsberg y sus discípulos creyeron encontrar en las drogas, concretamente en el LSD, una nueva técnica de inspiración artística. Ya Rimbaud buscaba con este mismo objeto ‘la alteración prolongada de todos los sentidos’ que le procuraría la ‘videncia’. Allen Ginsberg compuso un poema al que tituló simplemente *LSD 25*. En él se describe así: ‘Yo, una conciencia separada. Yo, que quiero escuchar la más minúscula vibración infinita de armonía eterna. Yo, que estoy Condenado.’ Con el deseo de demostrar, con algunos compañeros, su desprecio por la vida que ofrece el mundo actual, coqueteó con la muerte practicando en grupo, voluntariamente, la sobredosificación (...) (Varenne, G., 1973, p.411).

## 1.2 LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta la capacidad de la persona de diferenciar entre lo que es real y lo que no lo es. Por lo tanto, en el esquizofrénico se ve afectada tanto la claridad de pensamiento como el tipo de respuestas emocionales que pueda tener y su comportamiento en situaciones sociales (Esquizofrenia -s.f.- Medline Plus. Temas de salud [Página web en línea]). Existen cinco tipos de esquizofrenia: la catatónica, la desorganizada o hebefrénica, la indiferenciada, la residual y la paranoide (Defining the Types of Schizophrenia -s.f.- Health Guidance. Mental Health [Página web en línea]) (Traducción libre del autor); esta última será la que se abordará a profundidad en la presente investigación.

Cabe resaltar, sin embargo, que el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en su quinta edición (DSM-5), descartó el uso de estos subtipos de la esquizofrenia a la hora de tratar a un paciente. La American Psychological Association (APA) propone que los clínicos aborden la enfermedad desde una perspectiva más integral (Grohol, J., DSM-5 Changes: Schizophrenia & Psychotic Disorders -2013- Psych Central. Professional [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

### 1.2.i La esquizofrenia paranoide

Este tipo de esquizofrenia se caracteriza por la recurrencia de alucinaciones y delirios, lo cual trae como consecuencia sentimientos de ansiedad e ira y actitudes violentas. En algunos casos, existen incluso pensamientos o tendencias suicidas. Es paranoide porque la persona tiene la fuerte convicción de que está siendo perseguida, de que es blanco de alguna conspiración o cualquier cosa que implique que la están acechando para perjudicarla de alguna manera. Es por esto que los esquizofrénicos paranoides están siempre a la defensiva, porque nunca pierden de vista la necesidad que sienten de protegerse (Defining the Types of Schizophrenia -s.f.- Health Guidance. Mental Health [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

#### 1.2.i.a Causas

Existen varios modelos que buscan explicar las posibles causas de la esquizofrenia, pero ninguno es una ciencia cierta (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia -s.f.- Psicología Online. Artículos [Página web en línea]). Son más bien las diferentes ramas en que han derivado las distintas investigaciones, que conforman variadas hipótesis, que son las que hasta ahora han sido mejor comprobadas.

Uno de estos modelos es el de “vulnerabilidad al estrés” (The Stress-Vulnerability Model of Co-occurring Disorders -s.f.- Behavioral Health Evolution. Engaging Families [Página web en línea]) (Traducción libre del autor). Como lo sugiere el nombre, están involucrados dos factores principales. La “vulnerabilidad” se refiere a la susceptibilidad básica a los trastornos mentales; esto está determinado por la composición genética y las experiencias de la vida temprana. El “estrés” se refiere a los retos enfrentados en la vida (Hazelden Foundation, 2008, p.83) (Traducción libre del autor).

“Como desencadenante de la enfermedad debe sumarse una carga emocional especial (estrés). Los síntomas patológicos de la esquizofrenia deben entenderse como un intento de escapar de alguna manera a esta carga excesiva” (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia -s.f.- Psicología Online. Artículos [Página web en línea]).

Las cargas emocionales suelen ser acontecimientos repentinos, de gran importancia, que implican un impacto en la vida de la persona. Estos acontecimientos pueden ser tanto hechos desafortunados como felices. Mientras mayor es la carga emocional, más probable es que se de el brote psicótico en una persona con predisposición a la enfermedad. Una vez que este se ha dado, los siguientes brotes se dan más fácilmente, a partir de pequeñas situaciones estresantes (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia -s.f.- Psicología Online. Artículos [Página web en línea]).

Por otro lado, también se ha relacionado el consumo de sustancias con la aparición de la esquizofrenia, entre ellas las drogas alucinógenas. Sin embargo, algunos afirman que incluso en este caso se necesita una predisposición para que esto ocurra. También hay estudios que sugieren que las drogas pueden hacer que un esquizofrénico que ya esté en tratamiento y respondiendo a este, recaiga en su trastorno (Schizophrenia Causes -s.f.- News Medical. Health A-Z [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

Se trata de un trastorno que raramente aparece en la niñez, pubertad o adultez tardía; es más común que se presente durante el período de tiempo que cubre la adolescencia tardía y el principio de la adultez (Schizophrenia Causes -s.f.- News Medical. Health A-Z [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

### **1.2.i.b Síntomas**

En medicina, un síntoma generalmente es subjetivo, mientras que las señales son objetivas. Suelen clasificarse como síntomas todo lo que siente y nota el paciente y, como señales, todo lo que perciben los médicos (Nordqvist, C., What are symptoms? What are signs? - 2009- Medical News Today. Public Health [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

Las señales y los síntomas de las enfermedades mentales pueden variar, dependiendo de cada trastorno, las circunstancias y otros factores. Pueden también afectar las emociones, los pensamientos y la conducta. Algunas veces, estos síntomas aparecen como problemas físicos, tales como dolores de estómago, espalda o cabeza, u otros dolores y molestias sin explicación. Las señales y los síntomas suelen indicar una enfermedad mental cuando interfieren con el quehacer diario de la persona (desde sus relaciones personales hasta el trabajo). Con algunos trastornos, como la esquizofrenia, puede que la persona misma no se de cuenta de la gravedad del asunto, y sean sus familiares o amigos quienes noten la enfermedad (Mental illness: Symptoms - 2012- Mayo Clinic. Diseases and Conditions [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

En general, los síntomas de la esquizofrenia se presentan de una manera paulatina, nunca repentinamente. Asimismo, existen periodos de tiempo más sintomáticos que otros, cuando la cantidad e intensidad de los síntomas es mayor (Esquizofrenia -s.f.- Medline Plus. Temas de salud [Página web en línea]).

El insomnio, la irritabilidad y la falta de concentración suelen ser los síntomas iniciales. Luego, a medida que se desarrolla el trastorno y según el tipo de esquizofrenia presente, los síntomas varían. En la esquizofrenia paranoide predominan las alucinaciones y los delirios, la ansiedad derivada de estos y de la necesidad de protegerse siempre, y la ira como resultado de que no le crean o no le hagan caso, lo cual deriva en discusiones que pueden incluso tornarse violentas (Esquizofrenia -s.f.- Medline Plus. Temas de salud [Página web en línea]).

En la esquizofrenia, existen síntomas positivos, negativos y cognitivos. Los primeros, constituyen aquellas manifestaciones que no se dan en una persona sana; los otros, son las cosas que debería poder hacer una persona sana y que un esquizofrénico se ve impedido de realizar (limitaciones afectivas y anímicas); los cognitivos, son limitaciones en los procesos de pensamiento (National Alliance on Mental Illness -NAMI- 2011, p.5) (Traducción libre del autor).

Los síntomas negativos y cognitivos no los presentan todos los esquizofrénicos y, de hecho, están ausentes en los paranoides; es por esto que este es el tipo de esquizofrenia que mejor permite que la persona pueda llevar una vida relativamente normal (Defining the Types of Schizophrenia -s.f.- Health Guidance. Mental Health [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

Entonces, los síntomas (positivos) que puede presentar un esquizofrénico de tipo paranoide son:

-Alucinaciones (visuales, auditivas, táctiles, olfativas y gustativas): son percepciones sensoriales que surgen del interior sin ningún tipo de estímulo externo (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia -s.f.- Psicología Online. Artículos [Página web en línea]).

-Delirios: son creencias de fuerte convicción que se desligan de la lógica y la razón. El delirio adquiere una fuerza que se superpone a la realidad existente (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia (s.f.) Psicología Online. Artículos [Página web en línea]).

Marcos del Cano, A.M., Topa Cantisano, G. (2012) los dividen en:

*Delirios de perjuicio*: el más frecuente. Creencia de que alguna o varias personas pretenden perjudicarlo. Una variante son los *delirios de persecución*, en los que el paciente se siente perseguido, observado y vigilado.

*Delirios de referencia o autorreferenciales*: interpretación delirante de un sentimiento de extrañeza, en el que hechos del entorno que en otras condiciones pasarían desapercibidos, se consideran dirigidos al paciente.

*Delirios de celos o celotípicos*: convicción delirante de que la pareja está siendo infiel. La convicción puede ser en mayor o menor medida real pero igualmente ser un delirio si cumple las características de la definición.

*Delirios erotomaniacos*: o *síndrome de Clerambault*. El paciente cree que una persona habitualmente de una posición social superior está enamorada de él. Puede ser o no conocida. A veces es peligroso para esta persona.

*Delirios megalomaniacos*: el paciente se cree poseedor de alguna característica extraordinaria. Una variante son los *delirios místicos o mesiánicos*, en los que el paciente considera que tiene una vinculación especial con la divinidad o algún poder sobrenatural.

*Delirios de culpa y condenación*: los pacientes se creen culpables de algún mal o pecado y acreedores de un castigo.

*Delirios hipocondríacos*: el paciente está convencido de sufrir alguna enfermedad e interpreta cualquier signo corporal de acuerdo a esta creencia. Una variante es el *delirio dismorfofóbico*, según el cual el paciente cree que alguna parte de su cuerpo es fea o desproporcionada.

*Delirios de pobreza y ruina*: el paciente cree haber perdido todas sus posesiones o estar a punto de hacerlo.

*Delirios de negación o nihilísticos*: el paciente cree que partes de su cuerpo o funciones fisiológicas del mismo han desaparecido. También llamado *delirio de Cotard*.

*Delirios de infestación*: el paciente cree estar infestado por parásitos, generalmente invisibles. También llamado *síndrome de Ekbom* o '*de la caja de cerillas*'.

*Falsas identificaciones*: en el *síndrome de Capgras*, el paciente cree que alguna persona significativa para él ha sido sustituida por un impostor con el mismo aspecto. En el *síndrome de Frégoli*, el paciente cree que personas desconocidas son personas conocidas disfrazadas (p.51).

-Trastornos del pensamiento: se reflejan en la manera de hablar y se conforman por creencias de que se ha perdido el control del pensamiento propio. Se evidencia “descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distraibilidad...” (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia (s.f.) Psicología Online. Artículos [Página web en línea]).

Marcos del Cano, A.M. et al (2012) los establecen como otra forma de delirios, asociados directamente con el pensamiento: inserción, robo, lectura, difusión, sonorización y control del pensamiento:

*Delirios de alienación del pensamiento*: conjunto de fenómenos que no son exactamente un delirio que implica la pérdida de familiaridad y privacidad de nuestros pensamientos. Se trata de una sensación inefable de que la propia actividad psíquica es ajena a uno mismo, y al poner palabras a esta sensación es cuando se genera el delirio, más o menos elaborado. Por *inserción del pensamiento* entendemos la sensación de que este ha sido introducido en la cabeza por algún agente externo. El *robo del pensamiento* es la sensación de que alguien del exterior le ha retirado los pensamientos. Si siente que sus pensamientos pueden ser leídos de su mente, al fenómeno se le llama *lectura del pensamiento*. La sensación de que cualquier persona puede saber lo que uno piensa de un modo u otro se llama *difusión del pensamiento*. Si el paciente llega a oír sus pensamientos en alto, conformando una alucinación auditiva, se trata de *sonorización del pensamiento*. Cuando el paciente cree que sus pensamientos no son producidos por él mismo, sino por algún agente externo, se llama *control del pensamiento* (p.51).

Durante las crisis psicóticas, estos síntomas pueden ir acompañados de otro tipo de síntomas positivos:

*Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos*: angustia, excitabilidad

*Síntomas positivos vegetativos*: insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios

*Síntomas positivos de la motricidad*: comportamiento agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia (s.f.) Psicología Online. Artículos [Página web en línea]).

### 1.2.i.c Curso de la enfermedad

Según la NAMI (2011), usualmente toma una década que la gente sea diagnosticada apropiadamente con esquizofrenia (p.3) y es extremadamente importante que esta sea diagnosticada lo antes posible, pues esto aumenta las probabilidades de recuperación (p.4) (Traducción libre del autor).

Existen una serie de pautas para el diagnóstico de esta enfermedad. Hoy en día, la esquizofrenia es diagnosticada por la presencia de síntomas o los precursores de estos durante un periodo de seis meses. Dos o más síntomas deben ser significativos y durar por lo menos un mes. Problemas sociales u ocupacionales también pueden ser parte del diagnóstico durante el periodo de seis meses (Frequently Asked Questions About Schizophrenia -s.f.- Brain and Behaviour Research Foundation. Mental Illnesses. [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

Estos síntomas deben ser parte del Criterio A establecido por el DSM-5 y son los siguientes: delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento fuertemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos (Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D., Bustillo, J., Gur, R., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J., Carpenter, W., Definition and description of schizophrenia in the DSM-5 -2013- Schizophrenia Research. Articles & Issues [Página web en línea]) (Traducción libre del autor). Es prudente enfatizar que este criterio se refiere a la esquizofrenia en general y no solo a la paranoide.

Antes solo se requería un síntoma si los delirios eran lo suficientemente bizarros y habían alucinaciones auditivas de personas conversando. Esta atribución especial fue eliminada en el DSM-5 debido a la falta de especificidad de estos síntomas alucinatorios y a la baja confiabilidad en la distinción de delirios bizarros de no bizarros. Además, en esta nueva edición del manual se añadió que se necesita que al menos uno de los dos o más síntomas significativos, sea positivo: alucinaciones, delirios o habla desorganizada (Grohol, J., DSM-5 Changes: Schizophrenia & Psychotic Disorders -2013- Psych Central. Professional [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

El curso de la enfermedad tiene un pre, un durante y un post. La primera fase es la prodrómica, en la cual aún no ha brotado la enfermedad y pueden o no identificarse signos inusuales en el comportamiento. En algunos casos ya se nota que la persona es diferente, pero en otros no existe ninguna pista de que desarrollará la enfermedad más adelante. La agitación, el insomnio, nerviosismo y tensión pueden ser algunos síntomas de esta primera etapa (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia -s.f.- Psicología Online. Artículos [Página web en línea]).

La segunda fase es la activa, en la cual se da el primer brote del trastorno. Es en esta etapa cuando surgen los síntomas positivos. Puede suceder tanto que en cuestión de días se desarrollen todos los síntomas, como que estos se presenten de una manera mucho más gradual, incluso imperceptible. Los brotes tienen cierta duración, que generalmente suele ser la misma para una persona (al igual que los intervalos), pero varía de persona en persona. Un brote puede durar desde días hasta años, dependiendo de si la persona está siendo medicada, del momento en que se comience a medicar y de la efectividad del tratamiento (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia -s.f.- Psicología Online. Artículos [Página web en línea]).

La tercera fase es la residual, la cual no se presenta en todos los esquizofrénicos. En esta etapa predominan los síntomas negativos y, con ellos, el impedimento personal, social y laboral (Moreno Cidoncha, E., La Esquizofrenia -s.f.- Psicología Online. Artículos [Página web en línea]).

### **1.2.i.d Tratamiento**

El tratamiento para la enfermedad no consiste en una receta única, pues debe responder a cada caso específico y atacar el problema desde distintos puntos claves.

La medicación y la terapia son los pilares de cualquier tratamiento, así como las metas trazadas para la vida cotidiana de la persona. Los medicamentos son los principales inhibidores de los síntomas psicóticos, mientras todo lo demás refuerza la recuperación. Asimismo, todo esto debe estar contextualizado dentro de la cultura a la que pertenezca el afectado (NAMI, 2011, p.8) (Traducción libre del autor).

Los medicamentos son antipsicóticos o neurolépticos, los cuales atacan, principalmente, las alucinaciones y los delirios. Se piensa que estos medicamentos trabajan corrigiendo un desbalance en los químicos que ayudan a las células cerebrales a comunicarse las unas con las otras (NAMI, 2011, p.9) (Traducción libre del autor). Los antipsicóticos convencionales pueden causar distintos efectos secundarios, los cuales consisten en su mayoría en problemas en el movimiento, siendo el más grave la discinesia tardía (movimientos involuntarios); sin embargo, la segunda generación de medicamentos reduce la mayoría de estos efectos y parece disminuir el riesgo de que la persona padezca discinesia (NAMI, 2011, p.10) (Traducción libre del autor). Pero, a parte de esto, este último grupo de antipsicóticos sí acarrea otro tipo de efectos secundarios, como el aumento de peso y el síndrome metabólico (NAMI, 2011, p.11) (Traducción libre del autor).

Por otro lado, la terapia, llamada rehabilitación psicosocial, se enfoca en superar las barreras ocasionadas por la enfermedad, que impiden que la persona pueda cumplir sus metas personales y sociales (NAMI, 2011, p.12) (Traducción libre del autor). Si bien la esquizofrenia paranoide es la que menos inhabilita el funcionamiento normal de la persona, las alucinaciones y los delirios siempre son un problema a la hora de establecer o mantener relaciones y al momento de ser productivo. Es decir, el afectado no padece de limitaciones cognitivas o afectivas en sí, pero los síntomas positivos sí constituyen una barrera a la hora de interactuar socialmente y ser productivo.

El trastorno puede también co-ocurrir con otras enfermedades mentales, tales como la depresión, en cuyo caso aumenta significativamente la probabilidad de suicidio y por ende esta también debe ser tratada. Además, alrededor del 25 % de la gente que vive con esquizofrenia, también tiene un trastorno de abuso de sustancias, lo cual es frecuentemente llamado un diagnóstico dual (NAMI, 2011, p.13) (Traducción libre del autor). Este tema será más ampliamente desarrollado en el siguiente subtítulo.

Con el tiempo, un esquizofrénico, consciente de su trastorno, puede recuperarse; esto significa llegar a vivir una vida relativamente normal, en la que aprende a reconocer sus síntomas y lidiar

con ellos. Esto ayuda a que el funcionamiento de la persona sea mucho mayor y a que las recaídas sean más esporádicas. Así, la recuperación es posible y, de hecho, es posible para la mayoría (Schizophrenia Treatment & Recovery -s.f.- Help Guide. Mental & Emotional Health [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

### **1.2.i.e La esquizofrenia y el abuso de sustancias**

Un esquizofrénico tiene mayores riesgos de salud que una persona normal, no solo por los efectos secundarios de los medicamentos sino también por los pensamientos y comportamientos suicidas y, además, por la alta tendencia a fumar, beber y consumir drogas.

Podría verse como una manera de escapar de las experiencias estresantes asociadas con la enfermedad, pero el abuso de sustancias puede disminuir o anular la efectividad del tratamiento e incluso ocasionar que el paciente cese sus medicaciones o no se las tome como debe (NAMI, 2011, p.13) (Traducción libre del autor).

El tipo de abuso de sustancia más común entre los esquizofrénicos es el del hábito de fumar. “Las personas que padecen esquizofrenia son adictas a la nicotina en un índice tres veces más alto que la población general”. Algunos estudios demuestran que el cigarro afecta negativamente el tratamiento pero, por otro lado, la abstinencia también podría hacerlo inicialmente (Esquizofrenia -s.f.- National Institute of Mental Health. Health & Education [Página web en línea]).

En cuanto a las drogas, la marihuana ha sido relacionada con la aparición de la esquizofrenia en aquellas personas que ya tienen la predisposición a la enfermedad y, asimismo, puede empeorar los síntomas en una persona que ya la padece. También los estimulantes como las anfetaminas y la cocaína afectan negativamente el curso de este trastorno. Es en estos casos cuando se habla de un diagnóstico dual y ya no solo debe ser tratada la esquizofrenia, sino también el abuso de sustancias, que es igualmente considerada una enfermedad mental (NAMI, 2011, p.13) (Traducción libre del autor).

Con relación a los alucinógenos (LSD y otros), estos pueden producir un síndrome similar a la esquizofrenia pero sin serlo, denominado ‘toxifrenia’ (...) clínicamente, son entidades diferentes. Sin embargo, existe una posibilidad de lo que se llama ‘comorbilidad’, que significa que algunos consumidores de LSD han desarrollado luego la esquizofrenia. Pero también ocurre que esquizofrénicos al inicio de su enfermedad consumieron alucinógenos como parte de ella y entonces se atribuye al alucinógeno el desarrollo de la enfermedad (G., Garrido, Comunicación Personal, Junio 19, 2013).

De hecho, en sus estudios iniciales, el LSD fue usado para inducir psicosis artificiales. Los neurofarmacólogos comenzaron a preguntarse si la esquizofrenia podía ser causada por alteraciones químicas similares a aquellas producidas por la droga. La idea de que el estado psicótico inducido por el LSD resultaba de acciones en los receptores de serotonina, llevó a la sugerencia de que esta droga proporciona una “psicosis modelo”, y a la hipótesis de la serotonina de la esquizofrenia (Di Forti, M. et al, Drug-Induced Psychosis: How to Avoid Star Gazing in Schizophrenia Research by Looking at More Obvious Sources of Light -2010- PubMed Central. Frontiers in Behavioral Neuroscience [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

Breakey et al (1974), quienes investigaron la relación entre el uso del LSD y la edad del primer brote de esquizofrenia, comentaron que era razonable concluir que la ingesta de drogas podía jugar un papel precipitador en el desarrollo del trastorno, haciendo que aparezca más pronto. Esta afirmación ha sido ampliamente confirmada (Di Forti, M. et al, Drug-Induced Psychosis: How to Avoid Star Gazing in Schizophrenia Research by Looking at More Obvious Sources of Light - 2010- PubMed Central. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

Por otro lado, Vardy y Kay (1983), comparando pacientes hospitalizados por psicosis de LSD con esquizofrénicos de primer brote, sugirieron que la psicosis de la droga era una reacción esquizofreniforme inducida por el LSD; asimismo, concluyeron que había una mayor reacción psicótica a esta droga en las personas con predisposición genética a la esquizofrenia (Di Forti, M. et al, Drug-Induced Psychosis: How to Avoid Star Gazing in Schizophrenia Research by Looking at More Obvious Sources of Light -2010- PubMed Central. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* [Página web en línea]) (Traducción libre del autor).

## **1.3 LA MUERTE**

La muerte es un hecho que afecta a todos los seres vivos y, en los seres humanos, tiene una incidencia que proviene de múltiples dimensiones: la fisiológica, la psicológica, la social, la filosófica, entre otras. Ante la posibilidad de la muerte, la vida del hombre es condicionada de muchas maneras pero, a su vez, se trata de un tema que es evadido y considerado, por cada quien (en un mayor o menor grado), como algo ajeno a ellos mismos.

### **1.3.i La muerte como mecanismo fisiológico**

Este fenómeno hay que comenzar a estudiarlo desde su significado más crudo y puro, definiendo qué es lo que implica en primera instancia.

Ramos, F., Sánchez-Caro, J.M., Sánchez-Caro, J. (1982) afirman que “desde un punto de vista médico, la muerte se puede definir como el cese -sin posibilidad de recuperación- de la función del organismo, considerado como un todo”. Este proceso siempre se da de una forma paulatina: “(...) comienza en los centros vitales cerebrales o cardíacos y se va extendiendo de forma progresiva a los diversos órganos y tejidos” (p.12).

Lo que se conoce como “muerte biológica” es la muerte de las células que conforman los órganos y tejidos del cuerpo y se da un tiempo después del fallecimiento de la persona, “(...) debido a la falta de oxígeno (anoxia) que se origina cuando cesa la actividad del corazón”. Primero se ven afectadas las células nerviosas, de manera irreversible, luego las del músculo cardíaco y, más tarde, las de la piel, el cartílago y el hueso (Ramos, F. et al, 1982, p.12).

La “muerte clínica”, por otro lado, es “(...) el cese irreversible de las funciones vitales del organismo (que, básicamente, son las funciones nerviosa, respiratoria y circulatoria)”. Cuando cesa la función nerviosa, se denomina “muerte cerebral” y esta es la manera más segura de determinar el fallecimiento de alguien (Ramos, F. et al, 1982, p.12).

Todo ser vivo está compuesto por células que se van muriendo y renovando. Esta renovación, con el tiempo, se va haciendo más lenta hasta que para por completo. Esto es lo que se entiende por “muerte natural” y consiste en un proceso paulatino. “Puede decirse que, biológicamente, el ser vivo comienza a envejecer y, por lo tanto, a morir, desde el momento de su nacimiento” (Lepp, I., 1967, p. 22). “Solo la muerte de gente anciana puede calificarse de ‘natural’. (...) En lo que respecta a la muerte de los seres jóvenes, cuyas células se renuevan normalmente, es siempre accidental” (Lepp, I., 1967, p.23).

### **1.3.ii Percepciones de la muerte**

Se considera que este fenómeno define al hombre y lo separa especialmente del resto de las especies:

(...) la muerte es, probablemente, el rasgo más cultural del hombre (...). Puede decirse que el hombre es verdaderamente hombre desde que entierra a sus muertos, pues esta actitud introduce plenamente la racionalidad en el proceso físico de la Naturaleza y fundamenta la autovaloración consciente de un ser que se siente distinto, punto y aparte en la escala zoológica (...) (Ramos, F. et al, 1982, p.4).

Desde los tiempos más antiguos, el hombre siempre se ha preguntado acerca de la muerte. Esto se puede constatar en innumerables narraciones épicas y míticas, en las cuales figura sobre todo el asunto de la inmortalidad. Pero incluso más allá de la era de los filósofos, “la idea de inmortalidad o de otra vida” es un tema evidente en “los antiquísimos rituales prehistóricos, que procuraban asegurar al muerto el paso a otra vida”. “Los ritos en honor de los muertos para la renovación de su vida han sido uno de los rasgos más antiguos de la religión prehistórica” (Ramos, F. et al, 1982, p.39). Hoy día, “las tumbas y cementerios, las ‘casas de la muerte’, son un testimonio de esperanza en la vida” (Ramos, F. et al, 1982, p.45).

Según lo que se entiende de las narraciones míticas que tratan de deducir de dónde viene la muerte, para estos pueblos, la muerte era algo ilógico e innatural, cuya explicación no podía ser encontrada en el “mero desarrollo biológico del ciclo vital” (Ramos, F. et al, 1982, p.42). “(...) todas las narraciones subrayan el carácter inevitable de ella, y a la vez rechazan (...) que haya de aceptarse sin más. Este parece ser el trasfondo del pensamiento humano, que nos llega a través de estos antiguos relatos míticos” (Ramos, F. et al, 1982, p.43).

(...) la historia del hombre es un testimonio constante de su pregunta sobre el sentido de la muerte, de su anhelo de prolongar la vida, y de la insatisfacción perenne ante las respuestas encontradas. (...) el hombre (...) ha reflexionado con la filosofía a su alcance y ha buscado en los ritos religiosos un sentido a la turbadora e inaceptable evidencia de la muerte (Ramos, F. et al, 1982, p.39).

El sentido de la muerte, sin embargo, se encuentra solo en el sentido de la vida. Por ende, una vida basada en simples relaciones materiales no puede encontrar una muerte con un mayor significado, ni tiene la intención de hacerlo. Debido a que la muerte está directamente relacionada con la existencia del hombre, aquellos que viven solamente en el terreno de lo material ven la muerte como “el mero fenómeno natural de la desintegración de los elementos de un ser vivo” y, por lo tanto, no le temen (Ramos, F. et al, 1982, p.40).

Pero en Grecia se impuso otro tipo de razonamiento. Platón fue uno de los primeros pensadores en reflexionar acerca del tema, específicamente en el sentido de la muerte. Según este filósofo:

La verdadera vida es el espíritu indestructible, que, sin embargo, está encadenado a la materia. Materia y espíritu son los componentes del hombre. La muerte no es entonces más que la liberación, lograda por el espíritu, de los vínculos limitados de la materia. Así, en la muerte el hombre no pierde nada, ni experimenta ninguna ruptura, sino que más bien recupera su ser puro, libre de la contaminación del cuerpo, del espacio y del tiempo (Ramos, F. et al, 1982, p.40).

Por otra parte, Aristóteles consideraba que los componentes del hombre eran tanto el alma como el cuerpo y, por lo tanto, estos no se podían separar sin afectar al ser humano en su condición de hombre. Esto significa que la muerte, siendo “la separación de los dos elementos”, implica la

anulación del hombre como tal. “La muerte manifiesta así toda la dramaticidad de que parecían vaciarla los modos anteriores de pensar”. El pensamiento cristiano occidental hereda luego estas reflexiones clave del pensamiento aristotélico. “No se puede (...) consolar al hombre banalizando la muerte: esta es el naufragio de la persona” (Ramos, F. et al, 1982, p.40).

Este patrimonio cultural común de Occidente, que era la herencia griega de la inmortalidad del alma, comienza a quebrarse en el siglo XIX. El filósofo alemán L. Feuerbach, que aportará las bases del materialismo marxista clásico, rechaza esta idea fundamentada en la concepción del hombre como unidad de alma y cuerpo. Desde su óptica materialista, el hombre no es inmortal. Solo la Humanidad puede serlo (...). Únicamente olvidándonos de la imposible posibilidad de otra vida -concluye este razonamiento- podremos concentrarnos con todas nuestras fuerzas en conquistar lo que tenemos entre las manos (Ramos, F. et al, 1982, p.41).

Pero el pensamiento moderno ha sido muy diverso y, asimismo, pensadores como Max Scheler critican esta incredulidad ante la inmortalidad, considerándola una falta de conciencia del propio ser. Según Scheler, el negar la inmortalidad es una manera de negar la muerte (Ramos, F. et al, 1982, p.41).

La gente de hoy -sigue afirmando- no quiere enfrentarse con su muerte; la sociedad ‘del tener’ ha instaurado un modo de reprimir la conciencia de la muerte propia, sumergiendo al hombre en el vértigo de una vida para la que lo real es lo calculable, y solo es valioso lo que contiene seguridad (Scheler, M., parafraseado por Ramos, F. et al, 1982, p.41).

Esta denuncia del filósofo se percibe hoy con más fuerza en medio de una sociedad que narcotiza a los que la componen, para que desdénen su mortalidad (...). Sarcásticamente algunos han llamado ‘el estilo americano de morir’ -*the american way of death*- a este ignorar colectivamente la muerte y a este morir anónimo (Ramos, F. et al, 1982, p.41).

A pesar de su importancia en la vida del ser humano, la muerte es un tema que el hombre moderno evade, pues este se incomoda ante su omnipotente presencia, ante el poder de su sola posibilidad. “En la actualidad, el hombre contemporáneo, sobre todo en Occidente, propone una auténtica negación de la muerte. Así, la premisa ‘el hombre es mortal’ (...) [ha sido] sustituida en nuestros días por la de ‘el hombre muere’” (Ramos, F. et al, 1982, p.6).

Como el hombre, inmerso en su nueva era tecnológica, ha logrado tomar el control de muchos aspectos de la naturaleza, la muerte es ahora más que nunca su gran amenaza y, por eso, sigue siendo un tabú (Ramos, F. et al, 1982, p.5). Entonces, como ‘el hombre muere’, se suele considerar su fallecimiento como un accidente que puede ser evitado continuamente. “A la inmortalidad del alma se opone la posibilidad de inmortalidad del cuerpo, gracias a los progresos de la ciencia que pueden (se piensa) controlar el ‘accidente’” (Ramos, F. et al, 1982, p.6).

Es lógico que la muerte está directamente relacionada con la vida, pues la una implica a la otra y es por esto que existe una “(...) continuidad entre el estilo de vida y la actitud ante la muerte. (...) Es tan importante lo que se piensa de ella como el fenómeno biológico en sí mismo”. Pero lo que se piensa de ella varía ampliamente según las personas y sus distintas culturas y, así, condiciona de manera distinta a cada sociedad. “La pluralidad de sentido de la muerte nos remite siempre al

sistema sociocultural en que se desenvuelve el individuo” (Ramos, F. et al, 1982, p.7). Así, hay tanto sociedades que giran en torno a la muerte como otras que la evaden.

En Occidente se ha dado una “(...) *profunda metamorfosis*, caracterizada por procesos de racionalización, desacralización y desocialización (...)” (Ramos, F. et al, 1982, p.9). El hombre occidental contemporáneo ahora percibe la muerte de una manera distinta, tanto individualmente como en el contexto de la sociedad en la que vive. De esta manera, ha cambiado desde la percepción del fenómeno en sí hasta la manera como se le enfrenta, de manera que el luto visualmente perceptible, por ejemplo, ha prácticamente desaparecido (Ramos, F. et al, 1982, p.7).

Vale la pena mencionar uno de los factores que mayor incidencia han tenido en la percepción occidental de la muerte: el lugar donde el hombre muere. Antes, el hombre moría en el calor de su hogar, rodeado de sus seres queridos; hoy, la mayoría de los fallecimientos (en los países industrializados) suceden en los hospitales (Ramos, F. et al, 1982, p.10). Esto marca una gran diferencia con respecto a cómo el paciente percibe su propia partida y cómo la familia procesa el hecho, pues el fenómeno se vuelve menos íntimo y está más lleno de formalismos y tecnicismos (Ramos, F. et al, 1982, p.11). Todo esto deshumaniza la muerte y la despoja de su significado. “La muerte no es solamente un proceso personal, sino también social” (Ramos, F. et al, 1982, p.10). En este sentido, los hospitales deben hacer su mejor esfuerzo por “(...) abarcar el proceso de morir”, para asegurarle al enfermo una muerte digna (Ramos, F. et al, 1982, p.11).

“Nuestra experiencia de la muerte solo podrá ser, pues, indirecta. Es en presencia de la muerte de otro cuando el hombre normalmente adquiere conciencia de que todos los hombres son mortales y llega a la conclusión de que también él deberá morir”. Sin embargo, el autor afirma que esta “experiencia fundamental” solo es comunicable cuando se tiene un verdadero afecto hacia el fallecido. “Mientras no hayamos visto morir más que a extraños, es efectivamente el ‘alguien’ impersonal el que muere, y su muerte nada esencial nos enseña acerca de nuestra propia muerte” (Lepp, I., 1967, p.27).

“Cuando en un grupo humano se hace presente la muerte, este reacciona según unos hábitos ancestrales y, en general, fijados de antemano. (...) son los usos funerarios y el duelo”. Estas manifestaciones tienen su origen tanto en diversas creencias como en el lazo afectivo que se tenga con el fallecido y en la necesidad de demostrar el dolor que causa su partida, “sin olvidar el temor respetuoso ante la realidad inevitable de la muerte” (Ramos, F. et al, 1982, p.46).

El duelo está generalmente regido por un estricto protocolo y es al mismo tiempo un deber religioso y social; su expresión externa certifica ante el difunto la certeza de que no está olvidado, creando a la vez una nueva relación con los antepasados muertos y fortaleciendo en consecuencia la unidad social, que sufriría un debilitamiento si faltasen los ritos del luto con toda su tremenda carga de significados (Ramos, F. et al, 1982, p.47).

Sin embargo, el duelo se ha convertido en algo cada vez más íntimo, algo que los sobrevivientes deberían superar sin hacer mucho ruido. “En las grandes ciudades, donde habita la mayor parte de la población, la muerte ya no es vivida por un grupo social, sino solo por un pequeño círculo de allegados” (Ramos, F. et al, 1982, p.7).

(...) la tendencia a una muerte anónima e impersonal, a destruir todo lo personal y dramático que tiene la muerte, es la que predominantemente se percibe en los países más tecnificados del norte de Europa y América. Se considera como desagradable el tocar estos temas en las reuniones sociales (Ramos, F. et al, 1982, p.62).

Parece que esta manera de percibir la muerte va al mismo ritmo que el desarrollo de la sociedad industrial y, de ser así, seguirá extendiéndose al igual que esta. “La muerte nos resulta cada vez más extraña y cada vez quiere ignorarse del modo más eficaz” (Ramos, F. et al, 1982, p.62).

Lepp, I. (1967) formula una conclusión filosófica de la novela *Todos los hombre son mortales*, de Simone de Beauvoir: “Es una dicha para el hombre ser mortal, pues gracias a esta condición su existencia puede hacerse dramáticamente intensa” (p.21).

En el contexto de la mencionada obra literaria, el autor afirma:

En el fondo, (...) solo son capaces de amar verdaderamente la vida, de acometer grandes acciones, de correr riesgos y creer en el futuro, los que saben que disponen de una única existencia, que están destinados a morir tarde o temprano, y que por lo tanto deben apresurarse. Para estos seres efímeros sí tienen sentido las luchas por un porvenir mejor, las revoluciones, los descubrimientos científicos (Lepp, I., 1967, p.21).

Además, “(...) en un universo en estado de creación evolutiva, la muerte es una necesidad”. Esto quiere decir que para que tanto el hombre como las demás especies puedan evolucionar, deben morir, así como para que no exista una sobrepoblación. Para que no existiese sobrepoblación sin muerte, el número de nacimientos totales en el mundo hubiese tenido que ser limitado (Lepp, I., 1967, p.24).

“(...) muchos autores establecen un paralelo entre la muerte y el nacimiento. Tal como el nacimiento, la muerte entrañaría una fundamental mutación en la condición del ser vivo” (Lepp, I., 1967, p.26). La base de esto se puede encontrar en la mitología, pues “(...) en muchos relatos mitológicos de diversos orígenes, a la muerte se la compara con el regreso al vientre de la madre (...)” (Jung, C. G., parafraseado por Lepp, I., 1967, p.26).

### **1.3.iii El enfrentamiento a la muerte**

El miedo y la ansiedad ante la muerte están condicionados por la personalidad de la persona, lo que ha vivido en relación a la muerte y el contexto social en el que se encuentra. Además, parece que el sexo del sujeto también influye, pues “las mujeres se enfrentarían con la muerte en términos preferentemente emocionales, mientras que los enfoques de los hombres serían más intelectuales” (Ramos, F. et al, 1982, p.19).

#### **1.3.iii.a Futura**

“(...) la muerte influye poderosamente en la conducta humana, suscitando todo tipo de emociones, sentimientos y actitudes, aunque posiblemente sean el miedo y la ansiedad las respuestas más típicas ante la muerte” (Ramos, F. et al, 1982, p.18).

Este miedo a la muerte es algo real que generalmente afecta a casi todos los individuos, aunque puede variar su intensidad, de tal manera que un cierto miedo puede ser normal e incluso necesario, pero un miedo excesivo raya ya con lo patológico” (Ramos, F. et al, 1982, p.18).

“(…) parece que todas las respuestas de miedo derivarían de un origen común: *la amenaza a la propia extinción*; este sería el miedo básico a la muerte” (Ramos, F. et al, 1982, p.18).

En cuanto a los estudios culturales realizados, se ha considerado que, mientras el negro africano le tiene más miedo a los muertos y a lo que viene después de la muerte, al hombre occidental le atemoriza más el solo hecho de morir (Ramos, F. et al, 1982, p.18).

### **1.3.iii.a.a Propia**

El filósofo alemán Max Scheler afirma que todo ser viviente posee, bajo una u otra forma, la certeza intuitiva de su muerte. Los psicólogos y filósofos han pretendido demostrar que ciertos animales superiores, al menos, tienen también el presentimiento de su muerte (Lepp, I., 1967, p.30).

Sin embargo, “para el animal, la muerte no es un problema ni un misterio. Entre todos los seres vivos de nuestro universo, el humano es el único que se sabe mortal” (Lepp, I., 1967, p.32). “El hombre es el único ser viviente que tiene conciencia de su muerte futura. Y esta conciencia afecta y transforma su vida” (Ramos, F. et al, 1982, p.39).

Según Lepp, I. (1967), “(…) el miedo pánico está lejos de ser una reacción segura del instinto de conservación”. Es decir, el hecho de poseer o no este tipo de miedo, en determinadas situaciones, no quiere decir que se tenga un mayor o menor sentido de supervivencia. De hecho, el autor asegura que quienes tienen una vida plena tienen menos miedo a la muerte que quienes tienen una vida vacía. “(…) aquellos cuya vida carece de consistencia e intensidad, tampoco pueden dar a su muerte consistencia y sentido” (p.64).

Por otro lado, este pánico suele estar ausente durante las experiencias más cercanas a la muerte:

(…) los que han escapado con vida de un accidente automovilístico o aéreo, de ahogarse o de otros riesgos que podrían haber sido mortales, afirman que mientras duró el peligro no experimentaron ningún temor. Fue después, una vez alejado el peligro, cuando se echaron a temblar y llorar de miedo. Fue entonces cuando su imaginación les hizo ver lo que habría podido ocurrir si hubiesen tenido menos suerte (Lepp, I., 1967, p.66).

El miedo que se tenga ante la muerte aumenta su negación, y la negación es un mecanismo de defensa (Ramos, F. et al, 1982, p.24). “(…) ciertos mecanismos de defensa pueden ser adaptativos para unas personas y poco adaptativos para otras. Para que un determinado tipo de defensa sea siempre adaptativo, son necesarias algunas condiciones, que pueden variar tanto cualitativa como cuantitativamente” (Ramos, F. et al, 1982, p.25).

Según Jeffers y Verwoerdt, entre las condiciones que determinan la adaptabilidad a la propia muerte se encuentran: el factor temporal, la salud física y mental, las estructuras de referencia y

actitudes sociales, la experiencia de la muerte, integridad y madurez psicológica y las actitudes de otras personas en el medio social (Ramos, F. et al, 1982, p.25).

Sin embargo, según estudios sociológicos, el hombre de hoy día piensa lo menos posible en la muerte. La vida moderna “ha arrebatado al hombre su propia muerte (...)” (Ramos, F. et al, 1982, p.62). Pero lo cierto es que “(...) asumir la muerte, la propia muerte, con dignidad y respeto, se tenga el pensamiento y la creencia que sea, es una de las condiciones ineludibles para decidirse, individualmente, por una existencia auténtica” (Ramos, F. et al, 1982, p.63).

A pesar de todo esto, del deseo general que tiene el hombre por distanciarse de la muerte, existen quienes se quitan la vida intencionalmente (o al menos lo intentan). Esto tiene distintas explicaciones según los diferentes autores, entre las cuales vale la pena resaltar la de la teoría sociológica (Ramos, F. et al, 1982, p.34). Según Durkheim, el suicidio tiene una explicación meramente sociológica y no individual, por lo cual el análisis debe ser dirigido hacia la sociedad y no hacia el individuo (Ramos, F. et al, 1982, p.35).

Así, distinguía tres tipos de suicidio: el *suicidio egoísta*, en el que el individuo resultaría alienado respecto a su medio social por un exceso de individualismo; el *suicidio anónimo*, que tendría lugar cuando fallan los esquemas de valor y aparece un sentimiento de falta de significación de la vida; y el *suicidio altruista*, que aparece en determinadas sociedades, que imponen como exigencia moral el sacrificio heroico del individuo en función del bien del grupo (Ramos, F. et al, 1982, p.35).

(...) si bien no todo acto suicida supone una búsqueda de la muerte (como se demuestra en muchos casos) sí se intenta con él dar un nuevo sentido al proyecto vital con el fin de mejorar las relaciones que en ese momento existen con los otros. Para ello el suicida utiliza como medio principal la angustia ante la muerte. Ante la evocación de esta última, todo el entorno social se siente conmocionado. El suicida viene a actuar entonces como una especie de despertador de la culpabilidad de cuantos le rodean que, ante el hecho (consumado o no), comprenden que la vida debería resultar muy penosa a dicho individuo para que prevalecieran en él los deseos de muerte (Ramos, F. et al, 1982, p.35).

Al parecer, una parte significativa de los suicidas son enfermos mentales graves. “Pero no todos los investigadores están de acuerdo en que la enfermedad psíquica esté *siempre* subyacente al suicidio. El suicida no buscaría en muchos casos más que una forma de huida de una vida desgraciada, de una infelicidad” (Ramos, F. et al, 1982, p.35) [Itálicas añadidas].

Según datos oficiales de la NAMI, alrededor del 90 % de la gente que se suicida ha sido diagnosticada con alguna enfermedad mental, y la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más comunmente relacionada con el suicidio. También tienen un mayor riesgo de suicidio (entre otros) las personas adictas a algún tipo de sustancia y las personas que se sienten socialmente aisladas (sin responsabilidades sobre miembros familiares) (Duckworth, K., Freedman, J.L., Suicide -2013- NAMI. Mental Illnesses [Página web en línea]) (Traducción libre del autor). Según Varenne, G. (1973), “(...) los suicidios no son raros entre los drogados, ya sean accidentales, debidos a una sobredosis involuntaria, o buscados intencionalmente” (p.27).

“(…) parece probado que, en la mayoría de los casos, antes de culminar su acción el suicida pasa por deseos ambivalentes”, es decir, que tiene tantas ganas de vivir como de morir (Ramos, F. et al, 1982, p.35).

### **1.3.iii.a.b De un ser querido**

[El] carácter indirecto de nuestra experiencia de la muerte, junto con la fuerza de nuestro instinto de vida, explica sin duda que, aun con el conocimiento racional de que son mortales, a la mayoría de los hombres les cuesta tanto creer en el fondo de su corazón en su propia muerte y en la de quienes les son particularmente caros. Así escribe Goethe a Eckerman: ‘La muerte es una cosa tan extraña que a pesar de la experiencia que de ella tenemos, no la consideramos posible cuando se trata de alguien a quien queremos; siempre sobreviene como algo increíble y paradójico.’ Aun cuando desde meses antes se sepa que el ser querido está mortalmente enfermo, experimentamos su muerte como algo ‘increíble y paradójico’ (Lepp, I., 1967, p.46).

Sin embargo, sí existe el miedo a la muerte de los demás, y este puede ser perfectamente normal (Lepp, I., 1967, p.69). El miedo que el hombre le tiene a la muerte no se limita a la propia, sino que se extiende hacia la de las personas que ama “o de quienes depende material o moralmente” (Lepp, I., 1967, p.66).

(…) el miedo es una reacción humana por completo normal, cada vez que un peligro real de muerte se cierne, o es probable, sobre aquellos que están cerca de nuestro corazón. La ausencia de este miedo sería señal de indiferencia, de insensibilidad, y no de un equilibrio y un valor superiores, a menos que se trate de una incapacidad patológica de la imaginación. También es perfectamente normal que semejante miedo aumente en épocas de guerra o cataclismos naturales (Lepp, I., 1967, p.70).

Usualmente, el miedo a la muerte de otro se debe a que nos importa que esa persona disfrute de la vida. “No obstante sucede que se experimente un angustiosísimo miedo de la muerte de los demás por motivos menos altruistas, por ejemplo, porque se vería en la muerte un presagio o un recuerdo de la que nos amenaza a nosotros” (Lepp, I., 1967, p.72). También puede surgir por la angustia de imaginar una vida sin esa persona pero, de cualquier manera, “sería erróneo inquietarse demasiado por la ‘pureza absoluta’ de los propios sentimientos (...). Un amor al otro que estuviese totalmente exento de amor por sí mismo, no sería humano, no cabe siquiera en las posibilidades psíquicas del hombre” (Lepp, I., 1967, p.70).

Pero el miedo también puede ser patológico:

Algunos hombres, mientras son jóvenes y están sanos, no imaginan siquiera su propia muerte, parecen no creer en que sea posible, y por lo mismo no le tienen miedo alguno. En cambio, no pueden dejar de representarse como una catástrofe la de sus padres, hijos y otros parientes (Lepp, I., 1967, p.66).

De cualquier manera, “no es lícito atribuir al miedo de la muerte de otro (...) motivaciones equívocas o neuróticas, salvo cuando se trata de un miedo manifiestamente excesivo y sin fundamento objetivo” (Lepp, I., 1967, p.69).

El hombre mentalmente estable, en general, no tiene tanto miedo por la muerte de quienes son mayores que él (sus padres y sus abuelos) como de quienes tienen su edad o son más jóvenes que él, pues “(...) está en el orden natural de las cosas que las personas de edad mueran antes que los jóvenes” (Lepp, I., 1967, p.71).

### 1.3.iii.b Sucedida (de un ser querido)

Hay seres tan cercanos a nuestro corazón que constituyen realmente un otro yo nuestro. Nuestra comunicación con ellos no se limita a trivialidades, sino que toca a lo esencial. Y merced a su muerte nos es dado adquirir una muy auténtica experiencia de la muerte, morir en cierto modo nosotros mismos al mismo tiempo que ellos (Lepp, I., 1967, p.28).

Esta “auténtica experiencia de la muerte”, es posible vivirla si la muerte de otro nos afecta emocionalmente y podemos identificarnos con esa persona. El hombre, dentro de su individualidad, es capaz de deducir su futuro a partir del presente, el cual incluye todo lo que le sucede a los que le rodean (Lepp, I., 1967, p.32).

(...) el hombre en quien el sentimiento de solidaridad humana universal fuera muy desarrollado, experimentaría ante cada deceso llegado a su conocimiento, como un presagio de la propia muerte, inclusive *como* su propia muerte. Sin embargo, los hombres corrientes no estarán en condiciones de adquirir la experiencia de la muerte como no sea a través del deceso de sus allegados (Lepp, I., 1967, p.33).

Las muertes ocurren dentro de un orden social. Los pensamientos, intereses, actividades, proyectos, planes y esperanzas de los otros están más o menos vinculados a la persona que muere y al hecho de su muerte. El carácter de este vínculo está dado en parte por la ubicación de la persona en una diversidad de estructuras sociales, es decir, la familia, [entre otros] (...) (Ramos, F. et al, 1982, p.29).

Los autores explican que el sociólogo T. Parsons ha definido dos posturas básicas en torno a la muerte, a partir de su estudio de la sociedad norteamericana:

- Una orientación ‘normal’ o activa (...), que pone de relieve la importancia moral de la muerte como fin de un ciclo vital, culminación de muchos esfuerzos y realizaciones.
- Una orientación ‘desviada’, que es esencialmente fatalista.

La orientación ‘normal’, según Parsons, es la dominante en la sociedad norteamericana, y exige del individuo que se enfrente con la muerte de una manera realista, y de la comunidad, que cumpla con su ‘triste deber de llorar al difunto’ de prisa y en privado; es decir, sin salir del círculo íntimo de la familia y los amigos.

La orientación ‘desviada’ se caracteriza por la negación de la realidad de la muerte, actitud que algunos autores, y en cierta medida el cine, han difundido como la típica de los norteamericanos (impermeabilidad de los ataúdes, criogenización, etc.) (Ramos, F. et al, 1982, p.8).

En caso de llevarse a cabo la orientación normal, “la reacción de duelo que experimenta una persona pasa por tres fases bien diferenciadas: negación, aceptación y recuperación. La

intensidad y duración de estas fases depende de muchos factores (...)” (Ramos, F. et al, 1982, p.36). En efecto, según como se lleven a cabo estas etapas, se diferenciarán los tipos de pena.

Existen dos tipos de pena ante la muerte de un ser querido: la *pena normal* y la *pena patológica*. En la primera se evidencian claramente las fases ya mencionadas. La segunda consiste en una “reacción anormal”, requiriendo el afectado ayuda profesional (Ramos, F. et al, 1982, p.36).

Todos los individuos que sufren un *estado agudo de pena* experimentan una serie de síntomas comunes: molestias orgánicas de tipo nervioso que se repiten varias veces al día, sensación de rigidez, de vacío en el abdomen, cansancio muscular, intensa sensación subjetiva de malestar que se describe como tensión o dolor mental. Psicológicamente, estos individuos están obsesionados con la imagen del fallecido, experimentando en muchas ocasiones sentimientos de culpabilidad. Es frecuente además que se comporten de forma hostil con los amigos y parientes, que estén inquietos y sean incapaces de completar una determinada tarea (Ramos, F. et al, 1982, p.36).

La primera fase de la *pena normal* está conformada por “una especie de barrera contra la pena”, dura varias semanas y consiste en la “conmoción y escepticismo (...)”. Los síntomas del estado agudo de pena pueden encontrarse en este período”; la segunda fase empieza alrededor de la tercera semana después del fallecimiento y suele durar un año, tiempo durante el cual “la persona que sobrevive toma conciencia del hecho (...)”, con lo cual deja fluir el dolor; “la tercera fase, o fase de recuperación, comienza a partir del segundo año de la muerte”, que es cuando comienza la adaptación (Ramos, F. et al, 1982, p.37).

En cuanto a la *pena patológica*, intensifica y alarga alguna de las dos primeras etapas o incluso ambas. “(...) se ha señalado que es más característico de la pena patológica el hecho de que se retrase la respuesta emocional durante semanas e incluso meses. (...) Se han descrito asimismo síntomas hipocondríacos y fóbicos (...)” (Ramos, F. et al, 1982, p.37).

Con respecto a la negación de la muerte, Ramos, F. et al (1982) afirman que esta es mayor “en las sociedades con una tecnología médica más avanzada”, debido a que la negación aumenta mientras más se lucha contra el hecho de morir. “El individuo aprende desde temprana edad pautas sociales de conducta que le llevan a aceptar o rechazar algo, y una de las más importantes es la negación de la muerte como parte de la vida”. Esto es a un nivel social, mientras que en el plano individual parecen ser variables muy importantes “el miedo y la ansiedad que se tiene ante ella [la muerte]”, lo cual aumentaría la negación (p.24).

“Estudios sociológicos recientes han puesto de relieve la desaparición de la muerte del horizonte del hombre moderno. El tipo de vida y organización actuales (...) ha quitado a los sobrevivientes incluso la facultad de expresar su luto” (Ramos, F. et al, 1982, p.62).

## 1.4 EL *SUSPENSE THRILLER*

El género de una película se refiere al tipo de drama presentado, diferenciándose así los distintos tipos, principalmente, según la respuesta que generan en la audiencia. Las distintas personas, en la posición del público, saben cuál es la emoción que quieren sentir cuando eligen ver determinada película; los artistas están, o deberían estar, tan conscientes de esto como ellos (Letwin, D., Stockdale, J., Stockdale, R., 2008, p. xvii) (Traducción libre del autor). Dentro de las estructuras del *thriller*, determinadas características distintivas y consistentes pueden ser muy fáciles de identificar en las películas de artistas como Hitchcock, Claude Chabrol, John Frankenheimer y Costa-Gavras (Derry, C., 1988, p.5) (Traducción libre del autor).

Quizás el *suspense thriller* pueda ser percibido no tanto como un grupo de películas que emocionan a sus audiencias (aunque este sea a menudo el caso), sino como un grupo de películas cuyo contenido consiste esencialmente en *thrills*, es decir, situaciones emocionantes (Derry, C., 1988, p.6) (Traducción libre del autor). Los *thrills* son, en un primer nivel, una simple muestra de peligro y violencia y, en un segundo nivel, una experiencia psicológica indirecta que provee al espectador con una particular clase de catarsis (Derry, C., 1988, p.19) (Traducción libre del autor).

“El suspense consiste en un proceso de escritura que cultiva la ansiedad del espectador, prolongando con delectación una situación cuyo desenlace previsto es dramático: el suspense se refiere generalmente a un plano o a una secuencia”. En cuanto a género, este tipo de escritura concierne a la película en general, de manera que su progresión se desarrolla, al menos mayormente, “de suspense en suspense” (Pinel, V., 2009, p.297).

Por regla general las escenas de suspense constituyen *los momentos privilegiados* de un film, aquellos que la memoria retiene. Pero observando el trabajo de Hitchcock se da uno cuenta de que a todo lo largo de su carrera ha intentado construir films en los que cada momento fuese un *momento privilegiado*, films, como dice él, sin *agujeros* ni *manchas* (Truffaut, F., 2013, p.18).

En principio, el término “suspenso” parece hacer alusión a una herramienta estrictamente estructural, pero es muy poco probable que una técnica estilística tan penetrante para un grupo de películas, no tenga relación o efecto alguno sobre su contenido (Derry, C., 1988, p.7) (Traducción libre del autor). Por lo tanto, el suspenso es, en un segundo nivel, una herramienta psicológica que involucra directamente al espectador, al causarle ansiedad y ponerle en marcha complejos mecanismos subconscientes (Derry, C., 1988, p.19) (Traducción libre del autor).

Muchos realizadores efectuaron incursiones más o menos afortunadas en la película de suspense, pero sin duda fue Alfred Hitchcock quien otorgó al subgénero sus cartas de nobleza. El que fue bautizado como ‘el maestro del suspense’ consiguió aportarle una auténtica riqueza dramática y una forma variada, adaptada a la diversidad de temas que abordaba (Pinel, V., 2009, p.298).

Este director tenía una “voluntad feroz” de capturar la atención del espectador y mantenerla a como diese lugar, “(...) de crear y luego preservar la emoción a fin de mantener la tensión (...)” (Truffaut, F., 2013, p.19).

(...) Hitchcock ejerce su influencia y su dominio no solo sobre los momentos cumbres de la historia, sino también sobre las escenas de exposición, las escenas de transición y todas las escenas habitualmente ingratas en los films. Dos escenas de suspense jamás estarán unidas en una película suya por una escena *corriente*, pues Hitchcock tiene horror a lo *corriente* (Truffaut, F., 2013, p.19).

“*El maestro del suspense es también el de lo anormal*” (Truffaut, F., 2013, p.19). “(...) todo transcurre en sus films como si Hitchcock tratase de impedir que la banalidad se instale en la pantalla” (Truffaut, F., 2013, p.20). “El tema de sus films es el hombre corriente envuelto en aventuras extraordinarias” (Truffaut, F., 2013, p.55).

“El suspense es, antes que nada, la dramatización del material narrativo de un film o, mejor aún, la presentación más intensa posible de las situaciones dramáticas” (Truffaut, F., 2013, p.17). “Para mí es evidente que las secuencias de una película nunca deben estancarse, sino avanzar siempre (...)” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.73).

(...) Hitchcock organiza sus intrigas a partir de una enorme coincidencia que le suministra la situación fuerte que necesita. A partir de ahí, su trabajo consiste en alimentar el drama, en anudarlo cada vez más estrechamente, dándole el máximo de intensidad y de plausibilidad, antes de desenredarlo muy aprisa tras un paroxismo (Truffaut, F., 2013, p.18).

“El suspense no es sino la crónica dilatada de una desgracia anunciada que concluye generalmente de forma violenta pero inesperada” (Pinel, V., 2009, p.299).

En cuanto a la película como género artístico y su relación con el suspenso, el director expresa lo siguiente:

Lo que se le acerca más es el cuento, cuya regla general es contener una sola idea que acaba de expresarse en el momento en el que la acción alcanza su punto dramático culminante. Habrá observado usted que un cuento raramente se deja en reposo, lo que le emparenta al film. Esta exigencia implica la necesidad de un firme desarrollo de la intriga y la creación de situaciones punzantes que se desprenden de la propia intriga y que deben presentarse, ante todo, con habilidad visual. Esto nos conduce al suspense, que es el medio más poderoso de mantener la atención del espectador, ya sea el suspense de situación o el que incita al espectador a preguntarse: ‘¿Y ahora qué sucederá?’ (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.74).

Para Hitchcock, el *suspense thriller* es una especie de género “sustractivo”: una película de suspenso que, sin embargo, excluye películas de terror, tradicionales misterios de asesinato y películas de detectives. Esto se debe a que, debido a que la emoción es un ingrediente esencial del suspenso, este entraña la necesidad de que el público esté perfectamente consciente de todos los hechos involucrados para que pueda sentir más empatía. Entonces, el género excluye superposiciones sobrenaturales que la audiencia sabría sin duda que se tratan de fantasía pura (Derry, C., 1988, p.8) (Traducción libre del autor).

### 1.4.i El guión de suspenso

Incluso los detractores de Alfred Hitchcock están de acuerdo en concederle el título de primer técnico del mundo, ¿pero acaso comprenden que la elección de guiones, su construcción y todo su contenido están estrechamente ligados a esa técnica y dependen de ella? (Truffaut, F., 2013, p.20).

“(…) Alfred Hitchcock no es ni un narrador de historias ni un esteta, sino ‘uno de los más grandes inventores de formas de toda la historia del cine. (...) La forma aquí no adorna el contenido, lo crea’” (Chabrol, C., Rhomer, E., citados por Truffaut, F., 2013, p.21). “Tomar el guión de alguien y fotografiarlo a mi manera no me basta. Me siento obligado a tratar por mí mismo el tema, para bien o para mal” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.335). “Si el concepto es bueno, algo podrá desarrollarse. Cómo resulte el film es una cuestión de grado, pero el concepto ya no es discutible” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.87).

El *thrill* tiene que ver con el contenido del *suspense thriller*, mientras que el suspenso se relaciona con la estructura narrativa de este género (Derry, C., 1988, p.20) (Traducción libre del autor). Hitchcock habla sobre la importancia de aferrarse a “la curva ascendente de una historia”, sobre todo en el suspenso (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.330). “No se puede de manera sistemática sacrificarlo todo a los personajes, hay en todas las películas un momento en que la historia debe tomar la delantera” (Truffaut, F., 2013, p.330).

Se trata de un cine de situaciones y no de personajes, pues las escenas siempre deben hacer que la acción avance. (Truffaut, F., 2013, p.343). “Prefiero las situaciones fuertes. Es más fácil visualizarlas. Para estudiar un personaje, con frecuencia se necesitan demasiadas palabras” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.358).

A menudo me he dado cuenta de que ciertas situaciones de suspense quedan comprometidas cuando el público no comprende claramente la situación. (...) mientras el espectador trata de reconstruir la verdad, se desarrolla la escena y queda vacía de toda emoción. Es preciso clarificar constantemente (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.95).

Creo que se trata no solo de clarificar sino también de simplificar, de tener el espíritu de simplificación y a este respecto me pregunto si no hay dos clases de artistas: los ‘simplificadores’ y los ‘complicadores’. (...) para triunfar en el campo del espectáculo, es preferible ser un ‘simplificador’ (Truffaut, F., 2013, p.95).

Es esencial porque es preciso, incluso, poder sentir en sí mismo las emociones que se quieren lograr del público. Por ejemplo, las personas que no saben ‘simplificar’ no pueden controlar el tiempo del que disponen, se inquietan abstractamente y sus *vagas* inquietudes les impiden concentrarse en las preocupaciones *precisas* (...) (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.96).

“(…) Alfred Hitchcock, el cineasta más accesible a todos los públicos por la simplicidad y la claridad de su trabajo es, a la vez, quien más sobresale al filmar las relaciones más sutiles entre los seres humanos” (Truffaut, F., 2013, p.24). “(...) Hitchcock es el único cineasta que puede filmar y hacernos perceptibles los pensamientos de uno o de varios personajes sin la ayuda del diálogo (...)” (Truffaut, F., 2013, p.22).

En las películas y en las obras de teatro, el diálogo no hace sino expresar los pensamientos de los personajes, cuando sabemos perfectamente que en la vida las cosas funcionan de otra manera, y muy en particular en la vida social cada vez que nos mezclamos en una reunión con personas que no son íntimas entre sí: cocktails, comidas mundanas, consejos de familia, etc. Si asistimos como observadores a una reunión de este tipo, advertiremos perfectamente que las palabras pronunciadas son secundarias, convencionales, y que lo esencial se desarrolla a otro nivel, en los pensamientos de los invitados, pensamientos que podemos identificar observando las miradas (Truffaut, F., 2013, p.22).

Truffaut, F. (2013) afirma que cada una de las películas de Hitchcock contiene escenas “(...) fundadas sobre el principio del desfase entre la imagen y el diálogo (...)”, con lo que logra filmar dos tipos de situaciones al mismo tiempo: la evidente y la secreta, “(...) con vistas a lograr una eficacia dramática, estrictamente visual” (p.23). “(...) todo lo que se *dice* en lugar de ser *mostrado* se pierde para el público” (Truffaut, F., 2013, p.22).

Cuando se cuenta una historia en el cine, solo se debería recurrir al diálogo cuando es imposible hacerlo de otra forma. Yo me esfuerzo siempre en buscar primero la manera cinematográfica de contar una historia por la sucesión de los planos y de los fragmentos de película entre sí (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.65).

El director enfatiza la importancia que tiene, en la puesta en escena, que el diálogo exprese algo distinto de lo que hace la imagen:

Me parece que las cosas ocurren a menudo así en la vida. Las personas no expresan sus pensamientos más profundos, tratan de leer en la mirada de sus interlocutores y, con frecuencia, intercambian palabras triviales mientras intentan adivinar algo profundo y sutil (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.215).

Truffaut, F. (2013) opina que esta disociación diálogo-imagen es una de las cualidades realistas de Hitchcock como director (p.215).

Para mí, el pecado capital que puede cometer un guionista es que, cuando se discute algún problema, lo escamotee diciendo: ‘Lo justificaremos con una frase del diálogo’. Y yo pienso que el diálogo debe ser un ruido entre lo demás, un ruido que sale de la boca de los personajes, cuyas acciones y miradas son las que cuentan una historia visual (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.230).

Con respecto a *The Thirty-nine Steps*, Hitchcock declara:

(...) experimenté un método que consistía en escribir el film hasta en sus menores detalles, pero sin poner una sola frase del diálogo. Lo veía como un film de episodios y estaba en plena forma. En cuanto estaba redactando un episodio decía: ‘Aquí nos hace falta un cuento muy bueno’. Deseaba que el contenido de cada escena fuese muy sólido y que constituyera un pequeño film (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.98).

Cuando se escribe una película, es indispensable separar claramente los elementos de diálogo y los elementos visuales y, siempre que sea posible, conceder preferencia a lo visual sobre el diálogo. Sea cual sea la elección final, con relación a la acción que se desarrolla, debe ser la

que con mayor eficacia mantenga el interés del público (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.66).

Patricia Highsmith establece que en estas historias debe haber una amenaza de acción física violenta y peligro, o la acción y el peligro por sí mismos. El escritor de suspenso usualmente lidia mucho más de cerca con la mente criminal, la cual generalmente le es revelada al lector (Derry, C., 1988, p.17) (Traducción libre del autor).

#### **1.4.i.a El suspenso y su público**

“La diferencia entre el suspense y la sorpresa es muy simple”. El director explica esto mediante un ejemplo muy sencillo: hay dos personas conversando y debajo de la mesa se encuentra una bomba a punto de estallar. Si al público se le hace saber acerca de la presencia de este artefacto y lo que ello implica, se crea suspenso. Si la bomba estalla repentinamente sin que el público se haya enterado antes de su existencia, lo que se genera es una sorpresa (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.76). “La conclusión de ello es que se debe informar al público siempre que se puede, salvo cuando la sorpresa es un ‘twist’, es decir, cuando lo inesperado de la conclusión constituye la sal de la anécdota” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.77).

“En la forma corriente de suspense, es indispensable que el público esté perfectamente informado de los elementos en presencia. Si no, no hay suspense” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.74). “El primer trabajo es crear la emoción y el segundo trabajo es preservarla” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.115).

Se trata de dar al público una información que los personajes de la historia no conocen todavía; gracias a este principio el público sabe más que los protagonistas y puede plantearse con más intensidad la pregunta: ‘¿Cómo podrá resolverse la situación?’ (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.117).

Usted sabe que el público intenta siempre anticiparse a la acción, adivinar lo que va a pasar, y le gusta decirse: ‘¡Ah!, ya sé lo que va a pasar ahora’. Por tanto, no solo hay que tener eso en cuenta, sino dirigir completamente los pensamientos del espectador. (...) Se da vueltas y vueltas al público, se le mantiene lo más lejos posible de lo que realmente va a suceder (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.285).

La creación de suspenso es un arte que involucra también el talento de ganarse al público, lo cual se logra haciéndole partícipe de la historia. “(...) se convierte en un medio poético ya que su fin primero es conmovernos más, hacer latir nuestro corazón más aprisa (Truffaut, F., 2013, p.20).

La paradoja del suspense reside en lo siguiente, por un lado el espectador se identifica totalmente con el protagonista; por el otro, cómodamente sentado en su sillón, a salvo en la sala de cine, conserva una cierta distancia respecto al espectáculo y disfruta con sádica delectación de las desdichas del desafortunado protagonista. En algunos casos, la risa permite liberarlo de esta contradicción (Pinel, V., 2009, p.299).

“(…) cuando escribimos un guión, la frase que repetimos más a menudo es: ‘¿No sería divertido hacer que le asesinaran de esta manera?’” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.210).

(…) en los films de misterio y de suspense, no puede uno pasarse sin humor (…). La pregunta que debo hacerme a menudo es la siguiente: ‘¿Debo dejarlo de lado o utilizar mi sentido del humor para tratar un tema serio...?’ Creo que algunos de mis films ingleses eran demasiado ligeros y algunos de mis films americanos demasiado pesados, pero esta dosificación es lo más difícil de controlar (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.210).

El director explica que entre determinado momento de la historia y otro, más esperado, puede transcurrir demasiado tiempo. “A menudo se nos presenta este problema, nos damos cuenta de que una cosa exige determinada preparación, pero que esta preparación puede resultar fastidiosa, puesto que evitamos, para no alargarla más, alimentarla con detalles divertidos que la harían más interesante” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.317).

El director William Castle, influenciado por Hitchcock, explica que un *thriller* involucra a una persona con la que el público se pueda identificar (una chica en peligro o alguien en problemas), lo cual hace que el espectador se ponga de su parte (Derry, C., 1988, p.8) (Traducción libre del autor).

Sin embargo, Hitchcock afirma que ciertas situaciones producen suspenso independientemente de “las nociones de simpatía o de antipatía con respecto a los personajes” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.75). Pero también explica que si la persona en cuestión se trata de “(…) un personaje simpático, se duplica la emoción del espectador (…)” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.76).

#### **1.4.i.b Los temas**

El *suspense thriller*, aunque es un género popular, trata inherentemente con temas importantes. Según Claude Chabrol, sin importar cuánto un director busque distraer, un *thriller* debe ser profundo, porque habla de la vida y la muerte. Patricia Highsmith afirma que, si un escritor de suspenso va a escribir acerca de asesinatos y víctimas, debería estar interesado en la justicia o la ausencia de ella en el mundo en el que vivimos (Derry, C., 1988, p.19) (Traducción libre del autor).

El estilo y el contenido están inevitablemente conectados. Para Altan Löker, el concepto estructural del suspenso es inmediatamente transformado en un concepto psicológico; y a ambos criterios se les puede dar forma más fácilmente a través de ciertos tipos específicos de contenido (Derry, C., 1988, p.7) (Traducción libre del autor).

Truffaut, F. (2013) afirma que, en las películas de Hitchcock, el hombre es inocente de lo que se le acusa pero suele ser “culpable de intenciones”, como en el caso del voyeurista de *Rear Window* (p.333).

Es que el tema del hombre acusado injustamente produce mayor sensación de peligro a los espectadores, porque se colocan más fácilmente en la situación de este hombre, que en la de

un culpable que trata de escapar. Siempre tomo en consideración al público (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.55).

La persecución en sí es un centro genérico de significado y una parte esencial de la estructura metafísica del género (Derry, C., 1988, p.9) (Traducción libre del autor). Los protagonistas y antagonistas se persiguen, compitiendo por ganar control el uno sobre el otro. Este concepto del perseguido es en parte una extensión crítica y útil del del concepto de la víctima porque, aunque ella es invariablemente perseguida, a veces también lo es el asesino (Derry, C., 1988, p.18) (Traducción libre del autor).

Truffaut, F. (2013) le dice a Hitchcock:

Al filmar al hombre solitario, rodeado de cosas hostiles, incluso sin quererlo, desemboca usted automáticamente en el dominio de los sueños, que es también el de la soledad y el de los peligros. (...) la lógica de sus películas (...) es un poco la lógica de los sueños. Films como *Strangers on a Train* o *North by Northwest* son sucesiones de formas extrañas, como en una pesadilla (p.272).

La noción de un protagonista que no tiene el control parece ser entonces algo virtualmente universal al género, así como un concepto importante a la hora de entender no solo cómo están estructurados estos trabajos, sino también por qué estas películas tienden a invitar tal nivel de identificación en el espectador (Derry, C., 1988, p.18) (Traducción libre del autor).

Es una idea que reaparece a menudo en sus películas: el protagonista, más aislado todavía entre la multitud que en un lugar desierto (...). Supongo que se trata de conseguir un contraste en el interior del guión cuando, desde el principio, el personaje se ha encontrado prácticamente solo en lugares aislados (Truffaut, F., 2013, p.155).

Se podría sugerir que en *Wait Until Dark* y otras películas clasificables como *suspense thrillers*, el aislamiento es necesario para establecer los antagonismos y para la resolución del conflicto moral. Solo aislando al protagonista pueden emerger clara y significativamente los conflictos morales y temáticos. Sin embargo, esta noción no está presente en un mismo grado en todas las películas consideradas como *suspense thrillers* (Derry, C., 1988, p.11) (Traducción libre del autor).

Otro principio que está presente, según Gordon Gow, es la ironía. Esta se presenta en la forma del típico lugar agradable lleno de amenaza inesperada. Esta noción toma en cuenta la fascinación del *suspense thriller* por ciertas locaciones específicas. Su sección en cuanto a la fobia sugiere la relevancia que tienen en este tipo de películas conceptos como la claustrofobia y la agorafobia, y la recurrencia en ellas de espacios físicos que las encarnan (Derry, C., 1988, p.11) (Traducción libre del autor).

Según Ralph Harper, los *thrillers* exitosos suelen comenzar con el mal o la amenaza del mal disminuyendo nuestra confianza en el orden social. Lawrence Hammond, por otro lado, tiene un punto de vista perceptivo con respecto a la representación de la lucha del alma entre elementos dicotómicos, tales como bien/mal, deseo/satisfacción y apacibilidad/violencia. Ayn Rand habla de una acción con propósito en busca de valores (Derry, C., 1988, p.14) (Traducción libre del autor).

Según Rand, los *thrillers* consideran al hombre como creador de su propio destino e intentan presentarnos una manera idealizada y valiente de ver el mundo, en la que se toma en cuenta tan solo un aspecto de la existencia de un ser moral: la batalla del bien contra el mal en términos de acción con propósito (Derry, C., 1988, p.14) (Traducción libre del autor).

Truffaut, F. (2013) considera que, en la gran mayoría de sus películas, Hitchcock se da a la tarea de enfrentar “parejas de ‘buenos’ y de ‘malos’” que, al final, terminan confesándose mutuamente. Según él, el director se ha enfocado sobre todo en los “dilemas morales” (p.334). Según C.A. Lejeune, en cierto sentido, el *thriller* es la más moral de todas las historias, porque busca descubrir qué es lo que ha descarrilado a una mente en particular (Derry, C., 1988, p.15) (Traducción libre del autor).

“(…) cuanto más logrado sea el retrato del malo, más lograda será la película” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.200). “(…) en otros términos: cuanto más fuerte es el mal, más encarnizada será la lucha y mejor será la película” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.332).

Con respecto a toda la obra de Hitchcock, Truffaut, F. (2013) admite:

(…) todas las escenas de amor estaban filmadas como escenas de asesinato y todas las escenas de asesinato, como escenas de amor. (...) y me pareció que en el cine de Hitchcock, decididamente más sexual que sensual, hacer el amor y morir eran la misma cosa (p.370).

“Podría decirse que el material de sus películas está sacado de tres elementos: la angustia, el sexo y la muerte” (Truffaut, F., 2013, p.334).

Rodar películas, para mí, quiere decir en primer lugar y ante todo contar una historia. Esta historia puede ser inverosímil, pero no debe ser jamás banal. Es preferible que sea dramática y humana. El drama es una vida de la que se han eliminado los momentos aburridos (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.106).

### **1.4.i.c La cuestión de la verosimilitud**

Truffaut, F. (2013) afirma que, por la época de *Treinta y nueve escalones*, el director comenzó a perder interés en “la verosimilitud de la intriga o, en todo caso, a sacrificar constantemente la verosimilitud en beneficio de la emoción pura” (p.101). “Todo es signo de peligro, todo es amenaza, con una voluntad que señala realmente un paso hacia la estilización americana” (Truffaut, F., 2013, p.102).

“Entramos en un período en el que la atención por el detalle es mayor que antes. Constantemente me decía: hay que llenar el tapiz aquí, hay que completar el tapiz allá” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.102). “La verosimilitud no me interesa. Es lo más fácil de hacer” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.103).

Este tipo de cine tiende a suprimir las escenas utilitarias para conservar solo las agradables de rodar y agradables de ver. Es un cine que satisface mucho al público y que irrita a menudo a los críticos. Mientras ven la película o después de haberla visto, analizan el guión y

naturalmente el guión no resiste al análisis lógico. A menudo juzgan como debilidades cosas que constituyen el principio mismo de esta forma de cine, empezando por una desenvoltura total con respecto a la verosimilitud (Truffaut, F., 2013, p.103).

Hitchcock afirma que las escenas pensadas para ser creíbles no son interesantes y son “como agujeros en la película, agujeros o manchas. Seamos lógicos: si se quiere analizarlo todo y construirlo todo en términos de plausibilidad y de verosimilitud, ningún guión de ficción resistiría este análisis y solo se podría hacer una cosa: documentales” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.103). “Por otra parte, rechazo también los productos de pura fantasía, porque es importante que el público pueda reconocerse en los personajes” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.106).

Para hacer un film, hay que yuxtaponer montones de impresiones, montones de expresiones, montones de puntos de vista y, con tal de que nada sea monótono, deberíamos disponer de una libertad total. Un crítico que me habla de verosimilitud es un tipo sin imaginación (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.104).

En sus películas hay a menudo, y de manera particular en *Extraños en un tren*, no solo inverosimilitudes, no solo coincidencias, sino también una gran cantidad de cosas arbitrarias injustificadas que se transforman en la pantalla en otros tantos puntos fuertes gracias únicamente a su propia autoridad y a una lógica del espectáculo, totalmente personal (Truffaut, F., 2013, p.207).

El director afirma que su lógica del espectáculo obedece simplemente a las leyes del suspenso (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.208).

#### **1.4.i.d Los *thrills*, los objetos y los espacios vacíos: *philobatism* vs. *ocnophilia***

Según Michael Balint, los elementos fundamentales de todos los *thrills* están constituidos por una mezcla de miedo, placer y confianza en un retorno seguro (Derry, C., 1988, p.22) (Traducción libre del autor). En la vida existen distintos tipos de *thrills*, siendo el indirecto el que se experimenta al ver una película de *suspense thriller*; otro tipo de emociones son las relacionadas con las altas velocidades, las situaciones expuestas y las satisfacciones desconocidas. Pero de estos *thrills* también parten elementos particulares relacionados con el género (Derry, C., 1988, p.22) (Traducción libre del autor).

La persecución genérica está relacionada con el *thrill* de la alta velocidad; los protagonistas de estas películas siempre están corriendo. El *thrill* de la situación expuesta se evidencia una y otra vez cuando el protagonista está expuesto al peligro. Por último, el *thrill* de la satisfacción desconocida se conforma por las aventuras sexuales del protagonista, así como sus nuevos valores encontrados (Derry, C., 1988, p.23) (Traducción libre del autor).

Entran en juego entonces dos términos fundamentales, acuñados por Balint, que pueden usarse para describir nuestra orientación hacia el mundo de los *thrills*: *philobatism* y *ocnophilia*. Para términos prácticos, de ahora en adelante serán referidos como “filobatismo” y “ocnofilia”. Esencialmente, un filobatista disfruta de los *thrills*, mientras que un ocnofílico, no. La mayoría de

las personas se encuentran en un estado entre estos dos extremos (Derry, C., 1988, p.23) (Traducción libre del autor).

Generalmente, la mayoría de los *suspense thrillers* pueden contemplarse como representantes simbólicos de la evolución del protagonista de una posición ocnofílica, en la cual está aislado del mundo de los *thrills* y tiene miedo, hacia un balance más integrado, en el cual la expresión de sus tendencias filobáticas le permite un funcionamiento más exitoso y significativo de su personalidad. Este género se convierte entonces en lo que Balint llama un drama filobático de tres actos (Derry, C., 1988, p.23) (Traducción libre del autor).

El filobatismo, en general, es la tendencia del aventurero. Aunque el ocnofílico se aferra a sus posesiones y demás objetos seguros del entorno, el filobatista suele aferrarse al menos a un objeto especial, el cual Balint denomina “el objeto ocnofílico” (Derry, C., 1988, p.24) (Traducción libre del autor). Para el filobatista, el mundo es un vasto espacio a ser explorado; el apego innecesario a los objetos es un obstáculo para la exploración y, de hecho, son los objetos lo que él considera peligroso e impredecible. Significativamente, uno de los objetos que aparece recurrentemente en el *suspense thriller* es el par de esposas, sobre todo en el trabajo de Hitchcock (Derry, C., 1988, p.25) (Traducción libre del autor).

De cualquier manera, no todos los objetos que el filobatista encuentra son instantáneamente dañinos. A menudo, al filobatista le es dada la oportunidad de intentar convertir el objeto encontrado en uno ocnofílico (Derry, C., 1988, p.25) (Traducción libre del autor). Asimismo, Balint afirma que hay objetos que, aunque inicialmente son asociados ocnofílicos del protagonista, se terminan convirtiendo en adversarios, como pasa también con algunos personajes secundarios (Derry, C., 1988, p.26) (Traducción libre del autor).

Para el ocnofílico, el mundo consiste en objetos que están separados por terroríficos espacios vacíos, por lo que vive de objeto en objeto, recortando lo mayormente posible su pasada por estos espacios (Derry, C., 1988, p.26) (Traducción libre del autor). El sentido de lugar, en este género de películas, es de suma importancia también. Los ambientes físicos parecen estar, constantemente, o amenazando al protagonista, o apoyando indirectamente la acción en la cual este está involucrado (Derry, C., 1988, p.21) (Traducción libre del autor).

La existencia del ocnofílico tiene tal grado de ansiedad porque su relación con los objetos es inevitablemente débil; el miedo es provocado por el abandono de ellos, y aliviado por su reencuentro (Derry, C., 1988, p.26) (Traducción libre del autor). En película tras película, los personajes son separados de las armas que los protegerían. Un objeto que se mantiene no amenazante es una fuente de mucha seguridad, y el filobatista ciertamente no quiere que le quiten este objeto (Derry, C., 1988, p.27) (Traducción libre del autor).

El filobatismo y la ocnofilia existen, teóricamente, en una relación dicotómica. Mientras que el mundo filobático está estructurado por distancias seguras y el dominio de la vista, el ocnofílico está estructurado por proximidad física y el sentido del tacto. Mientras que el mundo filobático lleva al desapego y a la claustrofobia, el ocnofílico lleva a la modestia tímida y a la agorafobia. Estas dos tendencias están reflejadas en el *suspense thriller* de la misma manera en que la estructura básica del género corresponde al drama filobático de tres actos; de esta manera, los objetos y espacios vacíos del género pueden ser percibidos tanto como hostiles como

reconfortantes. De todas formas, la relación ideal entre estas dos tendencias es una de eventual integración exitosa, catalizada en parte por el drama de tres actos. El obstáculo para nuestra integración es tanto nuestra tendencia onofílica a ser muy cautelosos en nuestro acercamiento a la vida, como nuestra propensión a temerle a los *thrills* que necesitamos y deseamos (Derry, C., 1988, p.30) (Traducción libre del autor).

Según Balint, estamos luchando constantemente por una completa armonía entre nosotros y nuestro entorno, y este balance es aproximadamente logrado en solo dos instancias: durante el orgasmo y en todas las formas de éxtasis. Una y otra vez, los *suspense thrillers* terminan con representaciones tanto literales como simbólicas de uno de estos dos estados (Derry, C., 1988, p.30) (Traducción libre del autor).

El uso de objetos como correlativos visuales no está limitado a los trabajos de Hitchcock, pues aparecen constantemente en todos los *suspense thrillers*. Un objeto es memorable cuando no habla únicamente por sí mismo, sino también por otra cosa (Derry, C., 1988, p.21) (Traducción libre del autor).

#### 1.4.ii La técnica

Lawrence Hammond, mediante una lista de imágenes particulares que lo persiguen, sugiere la importancia de los objetos en los *suspense thrillers*, así como su naturaleza dual (es decir, que implican la presencia eventual de otra cosa y, por lo tanto, establecen el suspenso) (Derry, C., 1988, p.12) (Traducción libre del autor).

Hitchcock, A. le confirma a Truffaut, F. (2013) que no se necesita miedo para la creación de suspenso (p.74). Con respecto a *Psycho* y la violenta escena del asesinato casi comenzando la película, Hitchcock afirma: “(...) a medida que la película avanza, hay cada vez menos violencia, pues el recuerdo de este primer asesinato basta para hacer angustiosos los momentos de suspenso que vendrán después” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.291).

Con respecto a *Treinta y nueve escalones*, el director expresa que “lo asombroso es la rapidez de las transiciones. Hay que trabajar mucho para llegar a ello, pero merece la pena. Hay que emplear una idea después de otra, sacrificándolo todo a la rapidez” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.103).

No olvide que para mí el misterio es raramente suspenso; por ejemplo, en un ‘whodunit’, no hay suspenso sino una especie de interrogación intelectual. El ‘whodunit’ suscita una curiosidad desprovista de emoción; y las emociones son un ingrediente necesario del suspenso (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.75).

Hay una diferencia entre la curiosidad, que al final es satisfecha, y el suspenso, que es finalmente aliviado. En los *whodunits* no solemos esperar con el tipo de ansiedad asociada con los conceptos de alivio o suspenso (Derry, C., 1988, p.31) (Traducción libre del autor). Pero, con *Torn Curtain*, Hitchcock dice: “(...) prefería comenzar la historia partiendo de un ‘misterio’ para evitar un comienzo de film que he utilizado otras veces y que se ha convertido en un convencionalismo: el hombre a quien se confía una misión” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.324).

La escena de asesinato de *Torn Curtain* también se sale de los estándares: “Normalmente, en las películas, un asesinato ocurre muy rápidamente (...). Por eso se me ocurrió que había llegado el momento de demostrar cuán difícil, penoso y largo resulta matar a un hombre” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.325).

Truffaut, F. (2013) le dice al director: “Cuando cuenta con una escena de suspense, de espera muda, usted se instala en ella de manera majestuosa, con gran autoridad, gracias a un estilo de planificación que le es absolutamente personal, pocas veces previsible y siempre eficaz (...)” (p.304). Hitchcock afirma que la técnica de dividir varias veces una escena, con la finalidad de crear suspenso, le parece muy antigua (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.305). “(...) siempre he pensado que no tiene importancia que una escena sea larga con tal de que despierte el interés del público” (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.304).

(...) siento que me queda mucho por hacer y actualmente intento corregir la gran debilidad de mi trabajo, que reside en la falta de espesor de los personajes en el interior del suspense. Esto me resulta muy difícil, pues cuando trabajo con personajes que tienen una gran densidad psicológica, me llevan en la dirección en que ellos quieren ir. (...) Y esto ha sido siempre la fuente de una serie de conflictos interiores, porque exijo ciertos efectos. Me siento atraído por el deseo de situar en mis películas escenas de intriga (...) En la actualidad, a todo esto lo llamaría una forma de escritura bastarda, una manera invertida de llegar a un resultado (Hitchcock, A., entrevistado por Truffaut, F., 2013, p.335).

Hoy, la obra de Hitchcock cuenta con muchos discípulos, lo que resulta normal ya que se trata de un maestro; pero, como siempre, solo se imita lo que es imitable: la elección del material, y eventualmente el tratamiento de ese material, pero no el espíritu que lo impregnaba (Truffaut, F., 2013, p.371).

## CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

### 2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y TERMINOLOGÍA

¿Es posible la realización de un guión argumental, perteneciente al género del *suspense thriller*, que trate los temas de la droga alucinógena LSD, los brotes de psicosis que esta puede originar, la esquizofrenia paranoide y la muerte?

Se seleccionaron estos temas y este tipo de guión porque, principalmente, es lo que más interesa al escritor. Además, se considera que son temas que requieren del tiempo de un largometraje para ser tratados con la profundidad que merecen.

#### Terminología:

Esquizofrenia: trastorno mental complejo que dificulta establecer la diferencia entre lo que es real e irreal, pensar de manera clara, tener respuestas emocionales normales y actuar normalmente en situaciones sociales.

Esquizofrenia de tipo paranoide: se caracteriza por la recurrencia de alucinaciones y delirios, lo cual trae como consecuencia sentimientos de ansiedad e ira y actitudes violentas.

Alucinógeno: droga que altera la manera en que el usuario percibe la realidad.

LSD (dietilamida del ácido lisérgico): alucinógeno de gran potencia, que se consume oralmente y cuyo efecto dura varias horas.

## 2.2 OBJETIVOS

### 2.2.i Objetivo General

Escribir un guión argumental, perteneciente al género del *suspense thriller*, que refleje cómo una persona puede sufrir una psicosis producto del consumo de LSD, en el marco del enfrentamiento a la muerte, así como su relación con un esquizofrénico paranoide y lo que esto puede originar.

### 2.2.ii Objetivos Específicos

- Comprender cómo funciona el alucinógeno LSD y cuáles son sus efectos primarios y secundarios.
- Conocer las experiencias vividas por las personas que han consumido drogas alucinógenas, en específico LSD.
- Esbozar cómo ha sido la percepción y recepción de los alucinógenos en nuestra sociedad.
- Explorar las causas y el tratamiento de la esquizofrenia paranoide.
- Delimitar los distintos comportamientos asociados a la esquizofrenia paranoide y el curso de la enfermedad.
- Investigar cuál es la relación entre la esquizofrenia y el abuso de sustancias.
- Examinar distintas perspectivas psicológicas y sociológicas con respecto a la muerte y escoger cuáles serán aplicadas al guión.
- Estudiar el género del *suspense thriller*, en el contexto de las películas de Alfred Hitchcock.
- Analizar a profundidad el paradigma de Syd Field.
- Estructurar el guión según el paradigma de Syd Field.
- Desarrollar el guión según los fundamentos del *suspense thriller* de Alfred Hitchcock.
- Aplicar al guión los conocimientos pertinentes al consumo de LSD, el trastorno de la esquizofrenia paranoide y la muerte.

## 2.3 DELIMITACIÓN

Las únicas fronteras espacio-temporales son las establecidas para la historia: año 2001/2002, ciudad de Nueva York y sus alrededores.

Se eligieron este espacio y este tiempo porque el atentado del 11 de septiembre de 2001 es una circunstancia importante para los personajes principales del guión, afectándolos directamente y siendo el factor detonante de su historia. Además, el hecho de vivir en una ciudad tan competitiva y dentro de un ambiente tan agitado, es de gran influencia también para los trastornos mentales que estos personajes desarrollan.

La investigación a realizar es de tipo Descriptiva, ya que busca describir cómo las drogas alucinógenas pueden afectar a las personas y cómo se dan los brotes psicóticos en algunas de ellas, así como la manera en que se genera y desarrolla una esquizofrenia de tipo paranoide. También se busca delinear cómo se percibe la muerte en nuestra sociedad y las distintas maneras en que el hombre se enfrenta a ella.

La modalidad es de Proyecto de Producción, bajo la submodalidad de Proyecto Audiovisual. El tiempo de ejecución del proyecto abarca desde octubre de 2012 hasta mayo de 2014.

## 2.4 JUSTIFICACIÓN, RECURSOS Y FACTIBILIDAD

Esta investigación describe tanto un tema universal para el hombre (la muerte), como temas más específicos que, si bien no conciernen a todo el mundo, son de gran relevancia para la sociedad (las drogas y los trastornos psicóticos); también explora las posibles relaciones entre estos asuntos, contribuyendo así con el aporte de nuevas perspectivas al respecto. Es totalmente factible llevarla a cabo, pues se cuenta con lo necesario: una computadora, un programa para escribir en formato de guión, bibliografía concerniente a los temas a tratar y la creatividad e ingenio del escritor.

La finalidad de este guión es que sirva de base sólida a un largometraje que logre entretener al público, creando emoción a través del suspenso, a la vez que refleje de manera real, creativa y significativa los temas mencionados, aportando así conocimiento al respecto, desde un punto de vista novedoso. Esto se logra mediante la descripción de las actitudes y conductas asociadas al consumo de drogas alucinógenas, la esquizofrenia paranoide y el enfrentamiento a la muerte, entramando los aspectos más relevantes según las “leyes” del llamado *Maestro del Suspenso*, Alfred Hitchcock. De esta manera, se intenta hacerle homenaje a este tipo de obras, bajo la inevitable influencia del cine moderno y tratando cuestiones humanas tan milenarias como actuales.

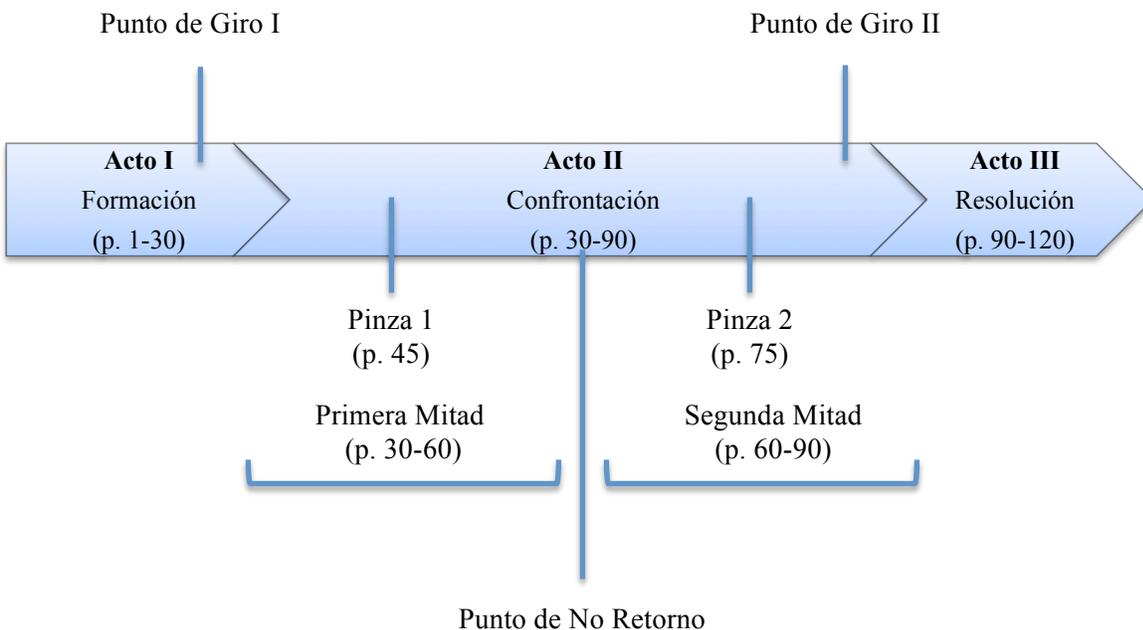
Se usa como base la bibliografía pertinente a: los temas seleccionados para la consecución de la historia (los alucinógenos LSD, la esquizofrenia paranoide y la muerte), el género escogido (el *suspense thriller* de Hitchcock) y la estructura del guión (el paradigma de Syd Field). Esto conforma un sustento sólido para crear una trama con sentido, real y sin contradicciones que, a la vez, cumpla con los requerimientos de un guión de largometraje y su función tanto a nivel artístico como comercial.

## 2.5 METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL GUIÓN

### 2.5.i El Paradigma de Syd Field

Esta es la metodología utilizada para construir el esqueleto del guión. Consiste en un modelo estructural sólido y preciso, definido por Syd Field, quien fue el aclamado profesor norteamericano que se dedicó a estudiar y analizar el oficio de la escritura de guiones, convirtiéndose en el experto por excelencia en esta área de la realización audiovisual.

Este paradigma está estructurado por tres actos, los cuales están conformados por ciertos elementos clave. Para una película de 120 minutos, se usa así:



“Horror Vacui”, el guión elaborado para este trabajo de grado, consiste en un largometraje de aproximadamente 90 minutos (tiene 90 páginas). Sin embargo, las proporciones aproximadas del paradigma se respetan y, así, se utiliza el modelo de la misma manera en que está planteado, con la excepción de que el Acto II se alarga un poco más y el Acto III es más corto.

Cada acto conforma una unidad de acción dramática. De esta manera, los Actos I, II y III están contextualizados en la Formación, la Confrontación y la Resolución, respectivamente. En este sentido, cada uno puede ser descrito en términos de un contexto dramático distinto. Para “Horror Vacui”, se definen así:

- Acto I: David reacciona anormalmente a la muerte de su hermana y desarrolla una toxifrenia (llega hasta la Esc.22/p.16).
- Acto II: David lucha contra las amenazas del psiquiátrico (llega hasta la Sec.81/p.84).

- Acto III: David se recupera de la toxifrenia y reconoce la muerte de su hermana (llega hasta el final, la Esc.89/p.90).

Hacia el final del Acto I, se encuentra el Punto de Giro I, el cual finaliza esta unidad y lleva al inicio del Acto II.

- Punto de Giro I: David se clava un cuchillo en el estómago y es ingresado a un psiquiátrico (desde Esc.18/p.11 hasta Esc.22/p.16).

El Acto II está dividido en dos mitades, conectadas por el Punto de No Retorno. Aproximadamente en el punto medio de cada una de estas mitades, hay una pinza que “sostiene” la historia, que permite que siga avanzando.

- Pinza 1: David se dispone a matar a Santos, pero no lo hace, lo cual lleva a su amistad (Sec.36/p.31).
- Punto de No Retorno: David enfrenta a Chardet y ella no niega las acusaciones (Esc.50/p.50).
- Pinza 2: David habla con el gerente del hospital, el cual le dice que cuenta con él, lo cual impulsa a David a buscar ayuda en Thomas (Esc.60/p.60).

Hacia el final del Acto II, se encuentra el Punto de Giro II, con el cual termina la Confrontación y comienza la Resolución, es decir, el Acto III. En este guión, este Punto de Giro concluye con el momento climático de la historia.

- Punto de Giro II: David se da cuenta de que Thomas lo traicionó y esto le da el último impulso para descubrirlo todo, con lo cual escapa de la celda y es perseguido por Chardet. Está a punto de ser asesinado, cuando Chardet mata a Thomas/Dr.Doe (desde Esc.75/p.77 hasta Sec.81/p.84).

## 2.5.ii El suspenso de Alfred Hitchcock

El desarrollo del género, a lo largo del guión, se llevó a cabo siguiendo meticulosamente ciertos aspectos fundamentales del *suspense thriller* de Alfred Hitchcock.

- Se crea una empatía hacia David, el protagonista y Santos, el personaje secundario, exponiendo primero sus vidas antes de ingresar al psiquiátrico y los sucesos trágicos que los llevaron hasta allí.
- David tiene una fobia (kenofobia, miedo a los espacios vacíos, lo cual se refleja en sus pinturas a manera de *Horror Vacui*).
- El protagonista está atrapado en más de un sentido (dentro del psiquiátrico y dentro de su psicosis, con la cual cree que está atrapado en un sueño).
- David tiene una percepción idealizada y valiente de la vida (incluso cuando cree que todo se trata de un sueño).
- Evolución del protagonista de temeroso a valiente (ocnofilia vs. filobatismo)
- Se comienza con el mal o amenaza del mal disminuyendo nuestra confianza en el orden

- social (el atentado al *World Trade Center* y las amenazas dentro del psiquiátrico).
- Se toman ciertos valores fundamentales que sirven de base para la lucha del bien contra el mal, en términos de acción con propósito (amistad, lealtad, justicia, desapego y valentía).
  - Se establecen conceptos del bien y el mal en constante trabajo y movimiento (sobre todo para David, que cree que vive dentro de un sueño, donde las leyes son más difusas, razón por la cual al principio casi asesina a Santos).
  - Hay una lucha del bien contra el mal en la que el protagonista descubre que también él está a prueba (inicialmente está luchando por su vida y tiene la oportunidad de matar a alguien para lograrlo, pero no lo hace).
  - Hay una lucha del alma entre elementos dicotómicos (David quiere complacer a la enfermera para mantenerse con vida, pero tampoco puede matar a la persona que ella le pide, incluso cuando cree que todo es un sueño).
  - La acción tiene un propósito en busca de valores.
  - Hay dos tramas paralelas (la historia principal de David / la historia de Chardet y el Dr. Doe, que no queda clara sino hasta el final).
  - Se establece una doble intriga (¿Logrará David recuperar su buen juicio y salir a salvo del psiquiátrico? ¿Qué hacen Chardet y el Dr. Doe y por qué matan a Santos?).
  - Hay objetos memorables que hablan por sí mismos y por otros hechos (los tapabocas y guantes de látex; el pincel).
  - Hay un solo objeto ocnofílico, representativo del filobatismo eventual del protagonista (su pincel). Esta única cosa sustituye a sus varios objetos ocnofílicos (la marihuana y el LSD). Lleva este pincel consigo siempre, pues no representa una amenaza. En algún momento, es separado de él pero logra reencontrarlo para usarlo a su favor (cuando pide que le devuelvan su pincel, logra escaparse).
  - En su filobatismo, al final, se da a entender que David ya no consume LSD.
  - El temor de David por los espacios vacíos se demuestra, nunca se dice. Esto se refleja mediante su arte, haciendo un buen énfasis en la descripción de sus pinturas, sin explicar que se trata de *Horror Vacui*.
  - El ambiente consiste principalmente de espacios vacíos que amenazan al protagonista pero que eventualmente complementan su acción (como el jardín, al cual le teme pero donde luego termina haciéndose amigo de Santos; también lo usa para ocultar la evidencia que encuentra después).
  - Se hace por lo menos una escena de suspenso larga, con una espera muda (Esc.16).
  - Se mantiene la historia lo más clara posible para el público, pues la idea es que vaya entendiendo todo lo que pasa.
  - Se le da suficiente información al espectador para que este anticipe lo que podría suceder (tanto en escenas determinadas como con respecto a la trama en general).
  - Hay acciones específicas que se ven venir y se esperan, creando suspenso (David dentro del cuarto de Santos, mientras este se acerca con el bate para defenderse del intruso; Chardet sacando su navaja cuando está persiguiendo a David hacia la sala recreacional; el Dr. Doe acercándose hacia David con la soga, sin que él se de cuenta).
  - Se mantiene a la audiencia informada de cosas que el protagonista no sabe (su propia psicosis, a lo largo de la historia; las verdaderas intenciones de Chardet, al inicio).
  - El tema del hombre culpado por algo que no hizo (hacia el final, cuando David es incriminado por el asesinato de Santos).
  - El hombre se crea su destino (todas sus acciones lo llevan a su destino final).
  - Se revela un *twist* de la historia (Thomas es el mismo Dr. Doe -inicialmente, se coloca el

- foco del villano en Chardet y el mismo científico, alejando al público de este detalle-).
- Hay una confesión mutua de razones, al final, entre el protagonista y el villano (David enfrenta a Chardet cuando ella asesina al Dr. Doe; la confesión de ella hacia él es indirecta, a través del Dr. King).
  - Se le permite al espectador que conozca la mente criminal de los antagonistas (Chardet y el Dr. Doe).
  - Hay amenazas de acción física violenta y peligro, que también se materializan.
  - David está expuesto en más de una ocasión (cada vez que está con Chardet; cuando está corriendo por el bosque).
  - Hay una persecución que lleva al momento climático de la historia (Chardet persiguiendo a David; el Dr. Doe acercándose para matarlo sin que él se percate de esto).
  - El *thrill* de la velocidad es cubierto por la persecución, el de la situación expuesta por todas las veces en que David corre peligro y, el de la satisfacción desconocida, por la aventura sexual que él tiene y los nuevos valores encontrados en su lucha contra el mal.
  - El sexo se representa de una manera salvaje, como un asesinato (entre David y Chardet). El asesinato que se presencia es apasionado, como el sexo y casi como un acto de amor (entre Chardet y el Dr. Doe).
  - El intento de asesinato de David y el asesinato del Dr. Doe se hacen más penosos y largos de lo normal.
  - Componentes esenciales: sexo (entre David y Chardet); muerte (de Ángela, del joven de los experimentos, de Santos y del Dr. Doe, más el temor de la muerte propia del protagonista); angustia (de parte de David); aislamiento (de David, inicialmente en su habitación y en las drogas, luego en el psiquiátrico y después en la celda acolchada).
  - Ironías (el psiquiátrico es un sitio hermoso, diseñado para sanar, pero contiene una serie de amenazas; el mejor amigo del *acidhead* es un esquizofrénico).
  - Es un *thriller* con mensaje (sobre la vida y la muerte, las drogas y los trastornos mentales).
  - Termina con algo que es emocionante para el protagonista (una forma de éxtasis sana que sustituye al LSD, representándose en el mismo callejón donde antes compraba la droga).
  - A diferencia de Hitchcock, los personajes tienen profundidad. Pero, al igual que él, la historia ha sido definida por la situación y los personajes han sido amoldados a esta. Es, por ende, una historia de situación y no de personajes.

## 2.6 GUIÓN

### 2.6.i Idea

Un artista, que consume alucinógenos, cree que es parte del sueño de alguien y que morirá cuando esta persona despierte.

### 2.6.ii Sinopsis

Santos, un muchacho de 25 años, está en su casa en Nueva York, haciéndose el desayuno, cuando ve en las noticias que el *World Trade Center* está siendo atacado. Enseguida, se vuelve paranoico y sale corriendo de su casa. David, un hombre de 29 años, llega a un hospital y recibe la noticia de que Ángela, su hermana menor, ha muerto. A los días, David atiende el entierro en *shock*, sin ningún tipo de reacción emocional, mientras Santos es conseguido por la policía debajo de un puente, sucio y delirante. David, quien ahora vive solo con su madre, la Sra. Miller, inicialmente se niega a salir de su cuarto, no habla y ni siquiera come. Tiene un lienzo incompleto y todos sus utensilios como los dejó la última vez que estuvo pintando, pero no los toca, solo fuma marihuana. Con el pasar de los días, sale de su cuarto y comienza a comer. Hasta que una noche, compra LSD, lo prueba y tiene su primer *trip*. Un día, cinco meses después, se despierta desorientado y temeroso. Después de su comportamiento extraño, él trata de explicarse con su madre, con lo cual se clava un cuchillo en el estómago. David es ingresado a emergencias y, luego, a un hospital psiquiátrico. Allí, un médico, el Dr. King, le explica a la Sra. Miller que su hijo está sufriendo de una toxifrenia, producto del consumo de LSD. David cree que es parte del sueño de alguien y que morirá cuando esta persona despierte. Su madre se despide de él y se va.

Chardet, una enfermera de 42 años, le dice a David que ella es la persona que está soñando todo, con lo cual él comienza a complacerla, incluso sexualmente, para que ella no despierte. También se reencuentra con su arte y pinta de nuevo. La enfermera en verdad quiere usarlo para que él mate a un paciente por ella; se trata de Santos, quien también ha sido internado en ese psiquiátrico. Ella está involucrada en una serie de experimentos clandestinos con un científico, el Dr. Doe, quien la está presionando para que resuelva esta situación de inmediato. Entonces, Chardet intenta persuadir a David, alegando que si Santos continúa en “su sueño”, ella despertará en cualquier momento. David al principio se niega, tras lo cual recibe una visita de su madre donde ve a Ángela y piensa que está viva de nuevo. Chardet se aprovecha de esta situación y le dice que su hermana está en problemas. Entonces, para poder volver a casa antes de que “el sueño acabe”, David acepta matar a Santos. Pero cuando llega el momento, no puede cometer el asesinato y, de hecho, se hace amigo de este muchacho. Chardet le informa acerca de esto al Dr. Doe pero, mientras están hablando, uno de los jóvenes del experimento se escapa, lo cual lleva a que este científico lo asesine y, entre ambos, esconden su cadáver; en medio de esto, el Dr. Doe decide que debe ayudar a Chardet a matar a Santos. Mientras tanto, ella continúa aprovechándose sexualmente de David, pero esto solo dura hasta que él comienza a sospechar que ella trajo a otra persona para que asesine a Santos. Esta persona es Thomas, un paciente nuevo que cree ser Dios; al poco tiempo de su llegada, Santos muere en lo que parece ser un suicidio y David se rebela

contra Chardet, diciéndole que la expondrá. En este punto, ya ella no se molesta en negar sus acusaciones. A pesar de todo esto, Thomas logra ganarse la confianza de David y él se comienza a convencer de que el cómplice de Chardet debe ser un médico, por unas pistas que logra recolectar. Esta evidencia le es robada y David llega a un punto de desesperanza, hasta que logra hablar con el gerente del hospital, el Sr. Johnson, quien le dice que cuenta con él para cualquier pista que encuentre, lo cual le da un nuevo impulso y lo lleva a solicitarle a Thomas su ayuda; este último acepta, diciéndole que tiene un familiar que trabaja en el hospital y que le pedirá que los asista. Más tarde, Thomas le entrega a David un recipiente con veneno para ratas, afirmando que este estaba en el cuarto de Santos, aparte del que él usó para matarse. David se frustra y se va a su habitación, pero cuando está examinando la supuesta evidencia, es descubierto por una enfermera, quien se la quita. Al día siguiente, Thomas lo busca para huir, pues al parecer están sospechando de David y lo encerrarán. Salen corriendo y, tras un momento de duda, Thomas termina de convencerlo, confesándole que él escapará también y que esto lo harán en la noche. Entonces, mientras tanto, David se queda encerrado en un depósito, para esconderse. En la noche, cuando él huye y Thomas se queda atrás, Chardet se le acerca a este, quien le habla en el mismo acento británico del Dr. Doe (cuyo rostro nunca se había identificado por el tapabocas que usaba siempre). Hablan sobre el plan de incriminar a David por la muerte de Santos. Mientras corre por el bosque, David se encuentra con el cadáver del joven asesinado, lo cual lo lleva a regresarse para denunciar esto. Apenas lo ven, lo encierran. Cuando él logra hablar con el Sr. Johnson, este le pide que los lleve hasta el sitio donde encontró el cadáver, con lo cual lo escoltan hasta el bosque pero, cuando llegan, no hay nada. Entonces, deciden mantener encerrado a David. El Dr. King, su médico, habla con él y le dice que Thomas fue encontrado desmayado en el jardín, por Chardet, y que al parecer se está recuperando rápidamente. En este momento, David entiende todo. Le pide al Dr. King que le mande su pincel y sus utensilios para pintar, quien lo toma en consideración y le da esa orden a Chardet. Cuando ella llega a la celda de David para darle sus cosas, él logra robarle sus llaves y escaparse; Chardet lo persigue. Finalmente, David llega al depósito donde estuvo escondido antes y, con las llaves, se dispone a abrir una puerta que tiene un candado (la cual lleva al laboratorio escondido). Entonces, Thomas/Dr. Doe llega sin que David se de cuenta y lo ahorca con una soga; está a punto de matarlo cuando es acuchillado en la espalda, por Chardet, y muere. David se aparta rápidamente y observa todo, momento en el cual enfrenta a Chardet y le deja saber que no tiene miedo de que ella lo mate. Es allí cuando llega un guardia y Chardet se entrega, siendo esposada al instante.

David recibe una explicación del Dr. King, quien le cuenta la confesión de Chardet. Ella estaba trabajando para el Dr. Doe en unos experimentos con LSD, en jóvenes, y habían sido descubiertos por Santos, razón por la cual decidieron matarlo y terminaron envenenándole la comida, haciéndolo parecer un suicidio. Thomas era el mismo Dr. Doe y logró engañarlos a todos porque tenía un gran conocimiento en el campo de la psiquiatría; ingresó como paciente para poder controlar toda la situación. Ahora, pasan los días y David se recupera de su brote psicótico, tras lo cual vuelve a casa y reconoce la muerte de su hermana, llorándola por primera vez. A los meses, David está en un callejón de la ciudad, escondiéndose de alguien a quien luego asusta; es una chica que termina persiguiéndolo mientras ambos se ríen.

### 2.6.iii Tratamiento

Santos, un puertorriqueño de 25 años, está haciéndose el desayuno cuando escucha en las noticias acerca del atentado al *World Trade Center*. En ese momento, entra en *shock* y sale corriendo de su casa. En una avenida neoyorquina, se tropieza con David, un americano de 28 años que también está corriendo, en dirección opuesta; ambos continúan su camino y David llega a un hospital. Afuera de la sala de emergencias, David está ahora sentado, inmóvil e inexpresivamente. La Sra. Miller, su madre, llega corriendo nerviosamente y le habla, pero él no responde. Ella continúa hacia la sala de emergencias y, luego de unos segundos de silencio, se escuchan sus gritos de dolor. David sigue inmutable. En el entierro, ambos están rodeados de varias personas y un sacerdote, quien está dando un sermón. La Sra. Miller, entonces, tiene un *flashback* en el que recuerda cómo su esposo le fue infiel, su divorcio y el eventual suicidio de este, cuando David tenía apenas 12 años y Ángela, quien acaba de morir con 16, estaba recién nacida. David se mantiene inexpresivo a lo largo de la ceremonia.

Dos policías encuentran a un hombre debajo de un puente, quien entonces se para nerviosamente y se aleja. Uno de los oficiales lo tranquiliza y le dice que están buscando a un desaparecido. El hombre continúa alejándose con cautela. El policía lo examina con la mirada y toma su radio portátil, anunciando que hay coincidencia con la foto suministrada. El hombre comienza a respirar aceleradamente y el policía, al percatarse de esto, guarda el radio, diciéndole que su familia está preocupada y que ellos solo quieren ayudar. El hombre, entonces, se queda inmóvil y, tras unos segundos de duda, camina hacia adelante. Se puede ver que se trata de Santos y que está sumamente sucio. Continúa acercándose precavidamente al policía, quien lo espera pacientemente.

David vive solo con su madre en un lujoso apartamento neoyorquino. Una tarde, está acostado en su cama, despierto, cuando tocan la puerta y él no responde. La Sra. Miller entra y se queda parada en el umbral, insistiéndole en que tiene que salir y que pueden superar juntos la situación. David no responde. La Sra. Miller voltea hacia el escritorio de él y observa con preocupación la foto del Sr. Miller que reposa allí. Voltea de nuevo hacia David y le dice que preparará la cena y espera que por lo menos coma, tras lo cual se va. Ahora ella está cocinando, de noche, mientras ve una receta en la televisión y, a su vez, habla por teléfono acerca de la reacción anormal que David está teniendo. Él entra a la cocina, abre la nevera y saca una lata de refresco, tras lo cual se regresa a su cuarto y su madre se queda perpleja. Es otro día y David está sentado frente a su escritorio, terminando de enrollar un cigarrillo de marihuana. A su lado hay una serie de utensilios para pintar, con señales de olvido. David se fuma su cigarrillo, mientras ve hacia afuera inexpresivamente. Su celular suena con varios mensajes de texto en la pantalla, pero lo ignora.

Una noche, nerviosamente, David le compra LSD a un hombre en un callejón, el cual le advierte sobre el cuidado que debe tener con la dosis. Mientras tanto, la Sra. Miller entra a su habitación con una bandeja de comida y, al notar que él no está, se queda curioseando sus utensilios de pintura; cuando escucha que David llega, se dispone a salir, pero se tropiezan, momento en el cual a David se le cae la bolsa con el LSD. La Sra. Miller no se percata de esto y él toma la bandeja, le da las gracias a su madre y cierra la puerta de su cuarto, dejándola afuera. David abre la bolsa, saca la droga y se la mete en la boca. Ahora está acostado y ya ha comenzado su *viaje*, en el cual imagina que todo su cuarto está en el techo y que sus brazos son muy largos y llegan hasta allí, con lo cual siente que toca todo y se llena las manos de pintura, la cual brilla en

muchos colores y se chorrea hasta sus antebrazos; pero se comienza a desesperar mientras ve que el cuarto se comienza a llenar de agua, hasta que se sumerge en ella.

Cinco meses después, David se despierta desorientado y temeroso, tras lo cual examina su cuerpo y luego se queda viendo su reflejo en el vidrio de su ventana. En la noche, está cenando con su madre y examina la comida de una manera muy extraña, lo cual la lleva a ella a preguntarle qué le pasa, pero él, preocupadamente, continúa estudiando su plato. Al día siguiente, al entrar al baño en la mañana, con una apariencia trasnochada, David abre la regadera y comienza a desvestirse, pero lanza cada prenda dentro de la ducha y se va. La Sra. Miller está en la sala, conversando con una amiga, cuando David llega desnudo y se para frente a ellas. Ahora están en la cocina los dos solos y ella lo regaña mientras él permanece sentado en una silla, envuelto en una toalla y viendo hacia el piso. Tras unos cuantos gritos de su madre, quien le pide una explicación, David responde que él no decidió hacer eso, sino que fue la mente de otra persona. Continúan discutiendo hasta que él, para probar su punto, toma un cuchillo y se lo clava en el estómago. La Sra. Miller, en pánico, llama a emergencias y luego se acerca hasta David, quien yace desmayado en el piso, con el estómago sangrante; ella le coloca una toalla en la herida.

En el hospital, ya de noche, el médico le explica a la Sra. Miller que David deberá ser sometido a vigilancia psiquiátrica, a lo cual ella reacciona con angustia. Él le explica que David tiene un brote psicótico y que deberá ser tratado, tras lo cual se va. La Sra. Miller se queda viendo a su hijo con preocupación. A los días, ella y David llegan al hospital psiquiátrico, el cual se encuentra en las afueras de la ciudad, y caminan escoltados por un enfermero, quien les habla sobre el sitio. La Sra. Miller mira a David con esperanzas pero él solo camina viendo hacia el piso. En el consultorio del médico encargado, el Dr. King, este le explica a ella que su hijo está sufriendo de una toxifrenia producto del consumo de LSD, la cual le está causando el delirio de que es parte del sueño de alguien y morirá cuando esta persona despierte; le explica que lo medicarán y le asignarán terapia y que esos casos no suelen durar más de un par de semanas. La Sra. Miller se queda atónita por toda esta información. Luego, en la habitación de David, le pide que colabore y se despide de él con un abrazo, mientras él la ignora con molestia. En la puerta está esperando Chardet, una enfermera americana de 42 años, quien le reafirma a la Sra. Miller que David estará bien, a lo cual ella le responde agradecida y se va. Cuando Chardet cierra la puerta, cruza miradas con David y él se queda extrañado. Entonces, él voltea a examinar su nueva habitación, la cual es blanca y simple, con una ventana enrejada; se asoma a través de ella y se queda observando el jardín, percibiendo su aparente tranquilidad.

David está acostado en su cama, en la noche, cuando Chardet entra y le dice que al día siguiente deberá salir de allí. Él le dice que debería estar en casa aprovechando sus últimos momentos de vida con su familia. Chardet camina hasta él y conversan sobre su miedo a morir y su creencia de que es parte de un sueño. Finalmente, ella se va y David se queda irritado. Ahora, Chardet está caminando sigilosamente por una parte oscura del jardín y se encuentra con un hombre cuyo rostro no se distingue, informándole sobre una oportunidad que ha surgido. A los pocos segundos, ambos se van.

Al día siguiente, David está comiendo en el comedor cuando Chardet le pasa por un lado y, disimuladamente, le desliza una nota. Desconcertado, él la abre y lee que dice que ella es la persona del sueño y que, si quiere comprobarlo, la vea en la habitación de él. David deja su comida y sale corriendo. Cuando llega a su cuarto, Chardet entra a los pocos segundos y le

entrega su pincel. Él, confundido, le pregunta cómo lo obtuvo, a lo cual ella solo responde que, si quiere que ella aún no despierte, tiene que ayudarla a hacer su sueño más agradable. Chardet se va y David se queda perplejo, observando su pincel lleno de pintura seca. Luego, ella está caminando por el pasillo y es detenida por la Sra. Miller, quien le agradece por llamarla y pedirle el pincel, pues le parece una excelente idea. Chardet le responde apresuradamente y se va, lo cual deja a la Sra. Miller un poco desconcertada.

David está en la sala recreacional, disponiéndose a pintar, cuando ve a Chardet caminando a lo lejos y trata de captar su mirada. Ella lo ve, pero lo ignora. Entonces, él comienza a pintar y, rápidamente, llena casi toda la hoja. Santos se sienta frente a él y abre la sección deportiva de un periódico. Con un movimiento involuntario de la mandíbula, que es una constante en él, le busca conversación a David, hablándole de béisbol. David lo ignora y continúa pintando, rellenando la hoja obsesivamente. Chardet llega abruptamente y le dice a Santos que se vaya, cosa que él hace mientras la mira con suspicacia. Ella le dice a David que no quiere que ese paciente sea parte de su sueño, yéndose casi al instante, con lo cual él se queda extrañado.

Esa noche, asomado en su ventana, David percibe unos movimientos extraños en los arbustos de afuera, lo cual lo pone nervioso y hace que se asuste cuando, al echarse hacia atrás, se tropieza con Chardet. Él le dice que comprende cómo ese sueño puede ser horrible para ella, pero que no sabe qué hacer para ayudarla. Chardet lo interrumpe lanzándolo en la cama y echándose sobre él. Después, David se despierta desorientado, es de noche y no hay nadie con él. Al ver la hora, se confunde aún más y comienza a tratar de abrir su puerta, desesperadamente. Desde afuera, abre una enfermera, la Sra. Balmy, quien lo regaña. David le pide la fecha y, cuando ella se la da, él le pregunta si durmió todo el día. La Sra. Balmy cierra la puerta con molestia y le pasa el seguro de nuevo. David insiste, golpeando la puerta, razón por la cual dos enfermeros entran y le inyectan algo. En ese momento, comienza a quedarse dormido de nuevo.

Al día siguiente, David sale de su habitación y se encuentra con Chardet, quien lo lleva de nuevo hacia adentro. Él le pregunta qué pasó la noche anterior y ella le explica que el sueño se ha comenzado a saltar días, lo cual indica que despertará en cualquier momento. Conversan al respecto y ella le confiesa que el paciente que la molesta, Santos, es la causa de todo, tras lo cual le ofrece a David la opción de deshacerse de él, pero él responde que no podría. Entonces, casualmente, ella le dice que su madre ha venido a visitarlo y se va. David se queda desconcertado y preocupado.

Chardet entra a un laboratorio, usando tapabocas y un gorro quirúrgico. Allí está el Dr. Doe, un científico británico de 30 años, con un grupo de jóvenes a los cuales les está poniendo algo en la lengua. Ella lo llama y él, quien también está usando un gorro y un tapabocas, más unos guantes de látex, se le acerca. Chardet le habla de la poca disposición que tiene David de cometer un asesinato y él le advierte que, de una manera u otra, ella debe encargarse de ese asunto, sin exponerlos. Chardet lo mira con temor y el Dr. Doe, amenazantemente, le ordena que cumpla con su trabajo. Ella se queda paralizada mientras él regresa con el grupo de jóvenes y continúa lo que estaba haciendo.

David está en el jardín conversando con su madre cuando, de repente, él le pregunta a su hermana por qué está tan callada. La Sra. Miller se queda petrificada y le pregunta qué hace. David le dice que debería dejar que Ángela hable, tras lo cual su madre comienza a llorar y se va angustiada. Él

se queda hablando con el espacio vacío, como si su hermana estuviese allí; mientras, en el fondo, la Sra. Miller conversa exaltadamente con una enfermera y luego se va. De regreso para entrar al edificio, David se da la vuelta y observa con desconfianza el inmenso espacio vacío del jardín; se voltea de nuevo y entra. Ahora, sentado en la sala recreacional, está pintando de nuevo, de una manera obsesiva. Chardet llega y se sienta a su lado, comentándole que, al parecer, la Sra. Miller no podrá visitarlo de nuevo por un tiempo, debido a que Ángela está metida en alguna clase de problema. Entonces, David se angustia y Chardet le ofrece su ayuda para salir del hospital, pero ella le advierte que necesitará tiempo, es decir, no despertarse, con lo cual él comprende que, de nuevo, están hablando de Santos. Tras pensarlo unos segundos, David acepta eliminar a este paciente del sueño de Chardet, bajo la promesa de que ella lo ayudará a salir de allí. Chardet se va y él se queda observando su hoja pintada, a la cual le queda un espacio vacío. Se dispone a rellenarlo pero, finalmente, lo deja así y se guarda el pincel en el bolsillo de su franela, donde lo carga siempre de ahora en adelante.

En la noche, David está caminando rápidamente por el pasillo mientras se asegura de no ser visto. Observa que Santos, quien estaba a punto de entrar a su habitación, se regresa a buscar algo, momento en el cual David aprovecha de entrar al cuarto de este. A los pocos segundos, Santos vuelve y entra. Cuando se acuesta, se da cuenta de que su almohada no está y comienza a buscarla pero, de repente, escucha un ruido que viene desde una esquina del cuarto. Acto seguido, saca cautelosamente un bate que tiene escondido debajo de su colchón y se acerca con él hacia la esquina, preparándose para batear, momento en el cual David sale de la sombra, sosteniendo la almohada de frente para protegerse, y le pide que se detenga. Santos se echa hacia atrás sin bajar la guardia y David, poco a poco, baja la almohada y deja ver su rostro avergonzado y temeroso. Santos, entonces, baja el bate, impresionado. David sale corriendo y él se queda perplejo.

Al día siguiente, saliendo hacia el jardín, David se detiene con recelo, examinando a la gente que está allí y observando actitudes y miradas extrañas tanto en pacientes como en enfermeros. Se sienta en un banco y Santos llega, preguntándole si lo puede acompañar. David, extrañado, le dice que sí. Santos le busca conversación sobre lo que pasó la noche anterior y él, avergonzado, se disculpa. Pero Santos le sigue preguntando cosas y David se mantiene reservado. Entonces, el puertorriqueño intenta romper el hielo y cambia de tema, preguntándole qué hace él allí. La respuesta de David es corta y críptica, sin revelar realmente nada. Entonces, Santos sí le habla acerca de él y le cuenta su historia, con la cual David se intriga y comienza a agarrar confianza. Chardet pasa caminando a lo lejos y, al verlos hablando, se detiene un momento. Santos continúa hablando reflexivamente y él y David se quedan viendo a los demás pacientes. Chardet se va, con mucha prisa.

En la noche, Chardet entra al laboratorio y el Dr. Doe, quien nunca se quita el gorro, el tapabocas ni los guantes, está reunido de nuevo con los jóvenes. Ella le informa acerca de la progresión de la situación y él la reprende por no ocuparse bien de su trabajo, diciéndole que va a tener que meter manos en el asunto. En ese momento, un joven se escapa y el Dr. Doe sale corriendo a buscarlo. Lo sigue por la zona de almacenes y hasta adentro del bosque que se encuentra detrás del psiquiátrico. A los segundos, el científico sale solo del bosque. De vuelta en el laboratorio, retoma tranquilamente su labor mientras Chardet lo mira con intriga. Cuando ella está a punto de salir, él le dice que necesitarán una pala. Luego, están parados ambos frente al bosque mientras ella sostiene la pala. Él guía el camino y Chardet lo sigue pero, paulatinamente, comienza a agarrar la pala con una firmeza determinada y su rostro lleno de rencor.

Al siguiente día, David y Santos están almorzando en el comedor, mientras Santos habla de béisbol. Chardet los ve desde lejos y Santos le devuelve la mirada con desafío, después de lo cual ella se va. Santos, entonces, le habla a David sobre la ironía de que él nunca buscó los delirios, mientras hay gente que paga para tener alucinaciones; enseguida, le pregunta de nuevo por qué él está allí, pero la respuesta de David es nuevamente críptica. Santos le sonríe y continúa comiendo. Más tarde, David está en la sala recreacional viendo televisión cuando Chardet llega y se para a su lado. David, al verla, se para rápida y ansiosamente y conversan sobre el hecho de que él no pudo asesinar a Santos. Ella, casualmente, le dice que el afectado es él, tras lo cual le pasa el control remoto del televisor y se va. David se queda preocupado, pero se sienta y usa el control para cambiar el canal; se encuentra con que están pasando la película “Meet Joe Black” y se queda inmerso en su última escena, donde los personajes hablan de la vida.

En la noche, David y Chardet están teniendo relaciones sexuales de una manera en que ella siempre tiene el control. De repente, ella toma la almohada y se la pone a David en su cara, presionando fuertemente. Al principio, él no hace resistencia pero, luego, se comienza a angustiar, tras lo cual ella retira la almohada y se ríe. David, perturbado, le devuelve una sonrisa confundida y se levanta. Él le pregunta si al final lo va a ayudar, diciéndole que tal vez tienen tiempo todavía. Chardet le responde, pícaramente, que tal vez necesite más convencimiento. Entonces, él la tumba y se coloca sobre ella, lo cual la asombra.

Ya es otro día y Chardet está con unos pacientes en la sala de terapia, entre ellos David y Santos. Ella les presenta a Thomas, el nuevo paciente, quien es un hombre tímido y no habla mucho. Mientras continúan con la terapia, David interrumpe molesto porque esta persona nueva no está compartiendo nada y, además, nota que no deja de mirar a Santos. Al final, Thomas habla y afirma que él es Dios. Todos se quedan asombrados y callados, con lo cual Chardet continúa con la terapia, mientras David se queda mirando a Thomas pensativamente. Más tarde, David y Santos están en la cancha jugando baloncesto y Thomas se les une, hecho que Santos recibe amigablemente, pero David no. En la noche, David no deja que Chardet entre a su cuarto y la acusa de haber traído a ese nuevo paciente para matar a Santos. Discuten hasta que, repentinamente, se va la luz y él se escapa, corriendo hasta la sala recreacional. Allí, ella lo calma y lo convence de regresar, cosa que hacen cautelosamente.

Al día siguiente, al salir de su habitación, David nota una conmoción inusual en el pasillo. Camina nerviosamente hasta la habitación de Santos y allí se encuentra con que hay policías y gente uniformada que no deja pasar a nadie. Entonces, David comienza a gritar, acusando a Chardet y a Thomas, hasta que dos enfermeros lo agarran para controlarlo y le inyectan algo que le hace perder el conocimiento. Más tarde, se despierta drogado y desorientado, con el Dr. King frente a su cama. David le pregunta por Santos y este le explica que se suicidó, ingiriendo veneno para ratas. Luego, David sigue acostado en su cama y Chardet llega, reclamándole su conducta anterior, a lo cual él responde con desprecio, diciéndole que la expondrá. Ella no le niega nada y más bien lo amenaza y se va. Chardet entra al laboratorio, en el cual no hay nadie, y toma los tapabocas, los gorros y los guantes de látex que usaba el Dr. Doe, metiéndoselos en el bolsillo; apaga las luces, cierra todo y se va, notándose que el laboratorio está en un depósito en la zona de almacenes.

David está comiendo en el comedor y Thomas se sienta frente a él, preguntándole por qué es tan antipático. Conversan y David acusa a Thomas de ayudar a Chardet a matar a Santos, cosa que él

le niega tranquilamente, dejándole saber cómo funcionan las cosas al ser Dios y por qué él está allí; se va y deja su comida. David se queda perplejo y preocupado. Luego, él está de nuevo en la sala de terapia y nota que Thomas no ha ido, por lo que le pregunta a Chardet por él y ella le dice que se indispuso después del almuerzo. Cuando los pacientes se van, David se queda solo con ella y logra arrebatárle del bolsillo la evidencia que había guardado, después de lo cual sale corriendo y ella lo persigue. Cuando lo alcanza en el jardín, él está sentado serenamente y ella lo revisa, pero no encuentra nada. La Sra. Balmy llega y la regaña, por lo que Chardet se va avergonzada. David se queda vigilando de lejos la evidencia, la cual escondió en uno de los arbustos. En la noche, en el baño de hombres, él está sentado revisando estas cosas con calma cuando, repentinamente, se apaga la luz y se prende una de las regaderas, llenando todo el cuarto de vapor. David trata de huir pero lo agarran desde atrás y cae, golpeándose la cabeza y quedando inconsciente. Al rato, un enfermero está despertándolo y, cuando se levanta, David enseguida busca la evidencia, pero no hay nada a su alrededor. El enfermero lo examina y se lo lleva de allí.

La mañana siguiente, en el comedor, David se le acerca a Thomas y se disculpa, lo cual lo lleva a hablar con él y contarle lo que piensa que está pasando, debido a estas pistas que encontró. Thomas se muestra un poco escéptico ante su teoría y David le confiesa que no sabe qué hacer. La conversación también lo lleva a revelarle a Thomas, sin quererlo, el por qué él está allí. Luego, en la sala recreacional, Chardet está viendo retadoramente a David, desde lejos, cuando pasan el gerente del hospital, el Sr. Johnson, y un policía. Esto despierta la curiosidad de ella y se dispone a escuchar la conversación entre estos dos, en la cual el policía dice que no hay más nada que investigar, a menos que haya otra muerte; el Sr. Johnson se muestra inconforme con esto. David sigue a estos dos hombres, cosa de la que Chardet no se percató. Cuando los alcanza y habla con el policía, este no le hace caso y se va, pero el Sr. Johnson sí le dice que cuenta con él por si llega a encontrar alguna prueba concreta. Esto deja a David muy esperanzado. Como consecuencia de esta conversación, él le pide a Thomas que lo ayude y este accede, confesándole que tiene un familiar que trabaja en el hospital y que le solicitará su asistencia.

En la noche, durante la cena, Thomas le pasa a David un frasco que contiene veneno para ratas, afirmándole que eso estaba en el cuarto de Santos, aparte del frasco que él había usado para suicidarse. David se irrita por esto y se va molesto a su cuarto, donde se dispone a examinar el frasco cuando llega la Sra. Balmy y se lo quita. Entonces, él se queda preocupado y angustiado pero, finalmente, se acuesta y se queda dormido. Tiene un sueño en el cual está parado en un inmenso campo verde y solo observa el espacio vacío e infinito hasta el horizonte y el cielo, lo cual le transmite un gran placer.

David es despertado por Thomas, muy temprano en la mañana, quien le dice que lo ayudará a escapar, pues ahora están sospechando de él. Corren rápidamente y logran salir a la zona de almacenes, donde David comienza a dudar pero es convencido por Thomas de que esta es la mejor decisión; además, él le confiesa a David que también él huirá, pero que deberán hacerlo en la noche. Entonces, mientras tanto, deja a David encerrado en el mismo depósito donde está la entrada al laboratorio. Luego, Thomas está sentado en la sala recreacional mientras escucha cómo las enfermeras hablan sobre David y su posible implicación en la muerte de Santos, aunado al hecho de que no lo encuentran. Más tarde, los enfermeros están reunidos y se enteran de que también Thomas ha desaparecido, con lo cual le preguntan a Chardet si sabe dónde está su primo; ella, incrédula, dice que no se puede haber escapado y se ofrece para buscarlo. Thomas vuelve al depósito y saca a David, guiándolo hasta el bosque y diciéndole que deben tomar caminos

separados. David sale corriendo y él se queda atrás, momento en el cual se acerca Chardet y habla con Thomas, quien le responde en el usual acento británico del Dr. Doe. Conversan sobre la incriminación de David por el asesinato de Santos.

David, adentrado en el bosque, cae en un foso donde se percata de que hay un cadáver. Entra en pánico y se regresa al hospital, donde intenta anunciarle esto a los enfermeros, quienes lo aprehenden y se lo llevan. Lo meten en una celda acolchada, quitándole su pincel. El Dr. King llega y David le pide que busque al Sr. Johnson, pues tiene algo importante que decirle. El médico se va y más tarde llega el gerente, a quien David le cuenta lo que ha visto. El Sr. Johnson, entonces, le pide que los guíe hasta el cadáver. Llegan al bosque, escoltados por un guardia, pero no hay nada donde David afirma que estaba el cuerpo. Entonces, se regresan y lo vuelven a encerrar.

Al día siguiente, el Dr. King visita a David y le habla sobre su complicada situación. También, le termina contando que Thomas fue encontrado desmayado en el jardín y que, desde entonces, ha demostrado una rápida recuperación. David, en este momento, se da cuenta de todo y lo único que hace es pedirle al médico que le mande su pincel y sus cosas para pintar. El Dr. King toma esto en cuenta y le da la orden a Chardet. Cuando ella va a llevarle las cosas a David, él finge estar desmayado, lo cual la lleva a acercarse a él y, en ese momento, David le roba sus llaves y sale corriendo. Chardet lo persigue pero él logra entrar, con las llaves, a una zona restringida a personal, dejándola a ella afuera. Entonces, Chardet toma otro camino y continúa corriendo.

David llega al depósito donde estuvo antes y se dirige hacia una puerta con un candado, pero el llavero se le cae. Se agacha entonces para agarrarlo y, en la puerta, aparece Thomas/Dr. Doe, quien agarra una soga y camina hacia él. David no se percata de esto y logra recuperar las llaves pero, cuando se endereza, es ahorcado por el científico. Entonces, se comienza a ahogar y está a punto de morir cuando el Dr. Doe es apuñalado en la espalda y comienza a toser sangre. David se aparta rápidamente y logra ver que Chardet es quien ha asesinado a este hombre. Entonces, él la enfrenta y le expresa que ya no tiene miedo de morir, pues no quiere seguir atrapado en el sueño de una asesina; también le dice que ella no podrá escapar de la justicia, haga lo que haga. Chardet le responde con sarcasmo y, justo en ese momento, llegan la Sra. Balmy, un enfermero y un guardia. La Sra. Balmy le pide a Chardet que se entregue, ella suelta el cuchillo y es esposada por el guardia.

Al día siguiente, el Dr. King visita a David en su habitación y le cuenta acerca de la confesión de Chardet, quien reveló que trabajaba para el Dr. Doe en unos estudios clandestinos con LSD, realizados en jóvenes. Santos los había descubierto y decidieron matarlo, envenenándole la comida y haciéndolo parecer un suicidio. El Dr. Doe se hizo pasar por Thomas, un esquizofrénico que era primo de Chardet, para ingresar rápidamente en el hospital y poder controlarlo todo, incluyendo a David. La razón por la cual logró engañarlos tan bien fue porque este científico era muy estudiado en el campo de la psiquiatría. Entonces, el Dr. King le dice a David, quien queda conmocionado, que debe descansar.

Pasan los días y David se recupera del brote psicótico. Su madre, cuando lo va a buscar, le pregunta si todavía ve a Ángela, lo cual él niega con tristeza. El Dr. King, por otro lado, le recomienda a la Sra. Miller que se preocupe por que su hijo mantenga una vida emocionante, para que no busque de nuevo refugiarse en el LSD. Al llegar a casa, David intenta entrar al cuarto

de Ángela, pero no lo logra. Finalmente, va al cementerio con su madre y, allí, la llora por primera vez. Meses después, David se encuentra en un callejón neoyorquino, donde está jugando de una manera emocionante con una chica, a quien asusta y quien luego lo persigue mientras ambos se ríen.

## **2.6.iv Guión literario**

(El guión se encuentra adjunto en un archivo en formato PDF)

## 2.7 DESARROLLO DE PERSONAJES

### 2.7.i David (personaje principal)

#### Biografía

Nacido en 1973, siempre fue un niño tímido y desconcentrado en el colegio, pues su mente la ocupaban las cosas más abstractas de la vida. Su madre, la Sra. Miller, nunca fue muy afectuosa, a diferencia de su padre, el Sr. Miller, quien siempre fue muy amoroso y se ocupó de que nunca le faltara nada a su familia. La madre de David quedó embarazada de nuevo, pero a los meses descubrió que su esposo le era infiel y decidió divorciarse. Firmó el divorcio al poco tiempo después de dar a luz a Ángela, la hermanita de David. Unos días después de este evento, estaban los tres llegando a casa cuando, al abrir la puerta, la Sra. Miller se encontró con el Sr. Miller ahorcado. Por suerte, ella pudo evitar a tiempo que su hijo viera este horrible escenario. A partir del suicidio de su padre, David asumió el rol protector de la familia. Tenía apenas 12 años.

David, con una mentalidad muy crítica de la sociedad actual, siendo parte de una *neo beat generation*, comenzó a desarrollarse como artista y empezó a trabajar tan pronto como pudo, como diseñador gráfico. Su madre siempre fue muy reprobadora con él y nunca apoyó su carrera artística, mientras consentía y alababa constantemente a su hermana menor, en quien tenía puestas sus esperanzas. Sin embargo, David, indiferente a esta actitud, igualmente las amaba mucho a ambas y se esforzaba siempre por complacerlas. Ángela siempre lo apoyó en todo y ambos mantenían una excelente relación, aunque David se sentía más como un padre *cool* que como su hermano.

En el 2001, con apenas 16 años, Ángela muere en el atentado al *World Trade Center*, durante un viaje escolar. David, quien ya fuma marihuana, entra en un estado de negación y aislamiento y, al poco tiempo, busca refugio en el LSD. A los meses, esto le ocasiona un brote psicótico, específicamente una toxifrenia, en la que cree que es parte del sueño de alguien y que morirá cuando esta persona despierte.

David es internado en un hospital psiquiátrico en las afueras de Nueva York, tras clavarse un cuchillo en el estómago. Durante su estadía allí, lo visita su madre, pero él también ve a su hermana y habla con ella, lo cual es un agravamiento de su psicosis. En el psiquiátrico, es convencido por Chardet, una enfermera, de que ella es la “dueña del sueño”, con lo cual trata de complacerla en lo que puede para que ella no despierte todavía y, de esa manera, poder volver a casa y estar un tiempo más con su familia; llegan a desarrollar una relación muy íntima, en términos sexuales. Sin embargo, él comienza a dudar de ella y de sus intenciones, lo cual se refuerza cuando muere Santos, el único amigo que David había hecho. Entonces, le declara la guerra a Chardet y comienza la búsqueda por las pistas que revelen que Santos no se suicidó, sino que fue asesinado.

En esta lucha por hacer justicia, se hace amigo de un esquizofrénico llamado Thomas, de quien había dudado inicialmente. Sin embargo, termina confiando en él y le pide su ayuda. Esto lleva a una serie de hechos que lo inculpan por la muerte de Santos. Entonces, Thomas lo convence de

huir, proceso en el cual David encuentra una pista importante y se regresa para declararla, pero lo encierran en una celda acolchada porque sospechan de él. Cuando David cae en cuenta de que Thomas le ha tendido una trampa, hace un último esfuerzo por escapar de la celda y resolver el caso él solo, lo cual logra exitosamente, tras un atentado a su propia vida por el mismo Thomas/Dr. Doe y el asesinato de este por la enfermera Chardet, quien le salva la vida a David.

Pasan los días y, eventualmente, David se recupera de su brote psicótico y vuelve a casa con su madre, quien ahora tiene una mejor relación con él. David enfrenta la muerte de su hermana, la acepta y la llora por primera vez. A los meses, David lleva una vida normal, cubierta por emociones que no le proporciona la droga, sino, entre otras cosas, su relación con una chica.

### Arco de transformación

David, tras la muerte de su hermana, se convierte en una persona ocnofílica (encerrado y aferrado a los objetos -las drogas, en este caso-). A partir de su brote psicótico y su hospitalización en el psiquiátrico, la balanza de su personalidad se va normalizando, inclinándose incluso más hacia el lado filobatista (explorador y desapegado de las drogas). Con el paso del tiempo, se va desapegando del LSD y la marihuana y, en su filobatismo, conserva un solo “objeto ocnofílico”: su brocha de pintar. Este objeto es traído a él por su antagonista y es la razón por la que él le cree todo, representando así, la brocha de pintar, un objeto amenazante, aunque no de una manera evidente; pero David lo convierte en un objeto de seguridad para él, del cual es luego separado pero, finalmente, logra usarlo a su favor, hacia el final, para lograr escapar. David pasa de ser una persona temerosa a una persona valiente. Llega incluso a enfrentar y asumir la muerte que cree que lo acecha, con dignidad y respeto, deja de temerle.

Este cambio de su personalidad se deja ver también en lo que David alucina y sueña. En su viaje inicial hay mucha proximidad de objetos y una elevada sensibilidad táctil, así como quinestesia táctil (toca colores), lo cual es la manera en que está estructurado el mundo ocnofílico. Luego, más adelante en su transformación, tiene un sueño que refleja su comodidad en el mundo filobatista: un espacio grande, con un campo visual extenso y más énfasis en lo que ve, siendo el único sentido activo en este sueño.

Además, inicialmente, David es kenofóbico (le tiene miedo a los espacios vacíos y los evita), lo cual va cambiando con su transformación hacia el filobatismo. Esto se refleja cuando se enfrenta a espacios como el jardín del psiquiátrico y se hace evidente en todo lo que pinta al principio, lo cual sigue el método del *Horror vacui*: llena todos los espacios, sin dejar un centímetro vacío. Luego, llega incluso a usar el jardín a su favor, cuando esconde la evidencia que le roba a Chardet y, asimismo, sus pinturas van cambiando con él, dejando cada vez más espacios vacíos, sin rellenar.

Finalmente, David se cura de la psicosis. Con esto viene la aceptación de la muerte de su hermana, reconoce que ha fallecido y la llora por primera vez. Luego, se puede ver que David ha continuado con su vida y que sus emociones ya no provienen de las drogas, dando a entender que las ha dejado.

A lo largo de todo esto, el protagonista descubre que es puesto a prueba pero, finalmente, mantiene sus valores. Piensa que todo se trata de un sueño y está enfocado en mantenerlo

andando para volver a su casa y estar un tiempo más con su familia. Pero también descubre una amistad que despierta su sentido más alto de lealtad y justicia, valores que pone por encima de su lucha inicial, la cual es puramente personal. Entonces, busca un balance moral entre lo que quiere hacer y lo que siente que debe hacer, y esto es lo que guía su lucha definitiva.

### Radiografía del personaje

#### *Características personales y físicas:*

Sexo: Masculino

Edad: 28 años

Color y estilo de cabello: Castaño, medio largo, ondulado

Complexión: Estatura media y delgado

Manera de hablar: Con calma y paciencia (cuando no está alterado)

Manera de vestir: Bermudas, franela y zapatillas

Adicciones: Ninguna; consume alucinógenos pero no son una adicción; no es una persona adictiva; inicialmente, está aferrado a las drogas, sin ser adicto a estas

Color de piel: Blanca

Color de ojos: Castaños

#### *Características sociológicas:*

Familia: Madre; hermana menor, de 16 años, recientemente fallecida; padre fallecido

Trabajo: Artista gráfico

Amigos: Ha perdido sus amigos; en el psiquiátrico, tiene dos amigos esquizofrénicos: Santos y Thomas

Pasiones: El arte (pintura, cine, fotografía, artes plásticas, música...)

Aficiones: Pintar y ver películas

Clase social: Alta

#### *Características psicológicas:*

Sueños: Vivir de su arte, trabajar haciendo lo que ama

Fobias: Kenofobia (aversión a los espacios vacíos)

Valores: Unidad familiar y soporte mutuo; luego fortalece otros valores: amistad, lealtad y justicia; y encuentra otros: desapego y valentía

Creencias: *Neo beat generation*; el arte como reformador social; el espiritualismo

Gustos: Al principio le gusta la lluvia, estar en casa y en su cuarto; al final le gustan los días soleados, estar al aire libre y los espacios abiertos

Actitud ante la vida: Inicialmente, le tiene mucho miedo a la muerte; luego, abraza tanto su mortalidad como la de los demás

Preferencia sexual: Heterosexual

Característica dominante: Reservado

*-El pasado oculto:* El Sr. Miller se suicidó cuando David tenía tan solo 12 años, tras haber sido descubierto por una infidelidad y su consecuente divorcio. Ángela estaba recién nacida y David asumió un papel muy sobreprotector con ella y su madre, pero sobre todo con Ángela.

La Sra. Miller, quien nunca fue muy afectiva, se distanció aún más después del suicidio del Sr. Miller, sobre todo cuando David eligió el camino artístico; ella, en cambio, comenzó a mostrar

preferencia por Ángela. Pero David nunca le dio demasiada importancia a esto y siempre puso de su parte por mantener una buena relación con las dos mujeres de su vida.

David queda muy afectado psicológicamente cuando Ángela muere. Se queda estancado en un estado de negación, lo cual no le permite llorarla. De por sí, fuma marihuana, pero cada vez se aísla más y, de allí, pasa al consumo de los alucinógenos LSD. Esta droga le permite sentirse más conectado con su alrededor y escapar momentáneamente de su aislamiento; pero esto, a los meses, le detona una psicosis que le comienza a producir síntomas parecidos a los de la esquizofrenia.

*-El inconsciente:* Está conformado por recuerdos y sensaciones de su infancia y adolescencia que se definieron dentro de su entorno familiar y escolar. Sin embargo, los recuerdos más anclados en su inconsciente son los familiares: sus padres y su hermana.

*-Los caracteres:* Es una persona introvertida, sensitiva e intuitiva.

*-Psicología anormal:* Padece de una psicosis producto de su consumo de alucinógenos (toxifrenia), constituido por un delirio en el que cree que es parte del sueño de alguien (con temor a morir cuando esta persona despierte) y por alucinaciones en las que ve a su hermana muerta, con la creencia de que está viva.

### Espina dorsal

*Motivación:* Se trata de una motivación tanto física como emocional, producto de su psicosis, la cual representa un punto de crisis en su vida. Él siente y cree que es parte del sueño de alguien y que morirá cuando esta persona despierte. Luego, surge una motivación incluso más fuerte: la muerte de Santos.

*Acción:* En la lucha contra el mal, descubre que él también está a prueba. Experimenta la emoción de satisfacciones nuevas, como la aventura sexual que tiene con la enfermera Chardet y el hecho de encontrar valores nuevos. Tiene una meta en mente, que exige que complazca constantemente a esta mujer, pero luego comienza a desconfiar de ella y sus nuevos valores encontrados lo obligan a enfrentarla y sacrificar la posibilidad de salir a tiempo para estar con su familia. Cuando muere Santos, comienza su lucha por hacerle justicia, pues está convencido de que él no se ha suicidado y de que Chardet está detrás de todo esto. De esta manera, se enfrenta al enemigo y demuestra valentía, paulatinamente perdiéndole el pánico que le tenía a la muerte y a lo que ella implica.

*Meta:* David quiere lograr que Chardet no despierte todavía, para tener tiempo de volver a casa y estar con su familia antes de que todo acabe. Pero luego surge otra meta, que toma prioridad sobre la anterior, y es la de demostrar que Santos fue asesinado y hacerle justicia. Entonces, aunque sí quiere poder volver a casa, esto pasa a un segundo plano en forma de una esperanza que mantiene a pesar de sus acciones contra Chardet, mientras trata de exponerla.

## 2.7.ii Chardet (ayudante del antagonista)

### Biografía

Nacida en 1960 en el seno de una familia disfuncional, fue siempre una niña muy solitaria e independiente. Sus padres eran ambos alcohólicos y peleaban constantemente, resultando su madre golpeada la mayoría de las veces. A parte de ellos, no tenía más familia. Era una niña muy distraída en el colegio, pero logró graduarse y pagarse sus estudios de enfermería. Desde que cumplió la mayoría de edad, se fue de su casa y más nunca supo nada de sus padres. Pero, para pagarse sus estudios, vendía drogas ilícitas, y este fue un negocio que no paró incluso después de empezar a trabajar como enfermera. Ya cuando tenía un trabajo estable, quedó embarazada; pero aun así decidió abortar.

Actualmente, Chardet es enfermera en el psiquiátrico donde ingresa David. Además, continúa su venta de drogas, las cuales ahora abarcan también el ámbito de las drogas prescritas. Por otro lado, está trabajando para el Dr. Doe, un científico que hace estudios psiquiátricos clandestinos, entre ellos una serie de experimentos ilegales con el LSD. El trabajo de ella consiste básicamente en asistirlo y encargarse de que nadie los descubra, pues están utilizando una zona abandonada del psiquiátrico. Sin embargo, Santos los descubre un día y el Dr. Doe llega a la conclusión de que deben matarlo, tarea que le encomienda a Chardet, la responsable de esto. Ella le tiene un miedo respetuoso a este científico.

Cuando David ingresa al hospital, Chardet se da cuenta de que puede utilizarlo a su favor y le dice que ella es la persona que está “soñándolo”, para lograr manipularlo. Le pide que “elimine” de su sueño a Santos, cuestión de la que casi logra lavarse las manos hasta que David se retracta. Mientras todo esto sucede, también lo utiliza sexualmente. A pesar de que David decide no asesinar a Santos, Chardet intenta mantener esta relación tan provechosa para ella que, además, le permite tenerlo bajo control. Pero su plan falla cuando David se da cuenta de sus intenciones y se vuelve irrevocablemente en contra de ella.

Chardet ayuda al Dr. Doe a esconder el cuerpo de un joven que él mata y, luego, alegando que es su primo, lo asiste para que ingrese rápidamente en el psiquiátrico, bajo la identidad de “Thomas”. Entre ambos orquestan el asesinato de Santos, haciéndolo parecer un suicidio: Chardet envenena la cena de Santos y, luego, mientras ella vigila la zona y se ocupa de David, el Dr. Doe se escapa a la habitación de la víctima y arregla todo para que parezca la escena de un suicidio. Sin embargo, constantemente, el Dr. Doe humilla a Chardet y le habla como si ella fuese sumamente inferior a él, cosa que genera un gran resentimiento en ella. Pero también le guarda rencor a David y, cuando él amenaza con exponerlos, a ella se le ocurre inculparlo a él por la muerte de Santos, evento que le permitiría, además de vengarse, lavarse las manos definitivamente. Pero, sobre todo, en el fondo, ella no quiere a David muerto.

Lleva a cabo este nuevo plan junto con el Dr. Doe, de una manera casi exitosa. Finalmente, David se le escapa de la celda donde lo encierran tras ser incriminado. Ella lo persigue y, cuando lo alcanza, él está siendo ahorcado por el Dr. Doe. Entonces, Chardet asesina al científico, salvándole la vida a David. Cuando llega el guardia, se entrega. Termina confesando todo.

## Arco de transformación

Chardet, inicialmente, es una persona práctica y egoísta, que persigue objetivos materiales de una manera ambiciosa, razón por la cual tiene trabajos alternos tan cuestionables, y se enfoca en conseguir lo que quiere. Pero, al mismo tiempo, es muy insegura y sumisa ante el Dr. Doe, el jefe que tanto la humilla, y temerosa a la hora de llevar a cabo algo tan violento como un asesinato. Sin embargo, hacia el final, ya ha desarrollado el estómago para matar, pues ella participa activamente en el asesinato de Santos (que no es tan violento) y, finalmente, mata a sangre fría, de una manera directa y cruda (definitivamente violenta), al Dr. Doe. A pesar de que tenía mucho rencor acumulado hacia él, esto lo hace principalmente para salvar a David, lo cual también representa una transformación en ella y, tal vez, la más importante; pues, en un principio, solo lo usaba para obtener algo de él. Ahora Chardet le salva la vida, sin pensarlo, a quien no solo no le sirve de nada, sino que también está enfocado en exponerla; y lo hace mediante un acto que la perjudica aún más a ella. Esto representa un cambio en lo que conformaba su egoísmo pues, principalmente, se ha saboteado una de sus principales fuentes de ingreso y, además, ha cometido otro asesinato y lo ha hecho precisamente frente al hombre que ya está convencido de que ella es una asesina (para dejarlo vivir, lo cual es prácticamente una auto-condenación). Es inevitablemente descubierta y apresada.

## Radiografía del personaje

### *Características personales y físicas:*

Sexo: Femenino

Edad: 42 años

Color y estilo de cabello: Rubio, corto, rizado

Complexión: Estatura media y muy flaca

Manera de hablar: Con el Dr. Doe, suele hablar inseguramente (excepto al final, cuando tiene más seguridad frente a él); con el resto de las personas, refleja mucha seguridad al hablar

Manera de vestir: Uniforme de enfermera (zapatillas, camisa y pantalón blanco)

Adicciones: No tiene

Color de piel: Blanca

Color de ojos: Azules

### *Características sociológicas:*

Familia: No tiene

Trabajo(s): Enfermera (oficial); *dealer* y asistente de experimentos psiquiátricos ilegales (no oficiales)

Amigos: Es muy amistosa con todos los compañeros de trabajo, y estos también lo son con ella, pero no tiene amigos cercanos

Pasiones: La química

Pasatiempos: Ver televisión

Clase social: Viene de una clase baja; ahora es clase media

### *Características psicológicas:*

Sueños: Tener mucho dinero

Fobias: Los animales

Valores: Trabajar por lo que quieres y perseverar hasta lograrlo; valor encontrado: acción desinteresada de lo material

Creencias: La ciencia; solo son válidas las cosas que son comprobables

Gustos: Las ciudades grandes

Actitud ante la vida: Lo importante es el fin, no el medio; los bienes materiales aseguran la felicidad

Preferencias sexuales: Heterosexual

Característica dominante: Proactiva

*-El pasado oculto:* Al vender drogas para pagarse sus estudios, pasó mucho tiempo en la calle, donde vivió y presencié situaciones feas y peligrosas; esto, aunado a su infancia, hizo que esta mujer desarrollara una coraza muy dura. Quedó embarazada y decidió abortar porque no quería desviarse de su meta, la cual consistía en hacer mucho dinero, y tampoco quería hacerse responsable por otro ser humano; nunca supo de quién era el bebé y tampoco quiso notificárselo a los posibles padres. No ha tenido en su vida una relación seria o duradera y nunca se ha sentido enamorada. En general, ve a los hombres y a todas las personas con quienes establece un vínculo como simples objetos que puede usar, para sacarles el mejor provecho posible.

*-El inconsciente:* Está conformado por recuerdos y sensaciones bloqueadas de su niñez y adolescencia. Intenta no recordar su vida con sus padres y lo logra exitosamente. Pero esto sigue siendo parte de su inconsciente.

*-Los caracteres:* Es una persona extrovertida y cerebral.

*-Psicología anormal:* Tiene una personalidad psicopática.

### Espina dorsal

*Motivación:* Se trata de una motivación monetaria, que surge de la creencia de que la única manera en que podrá sentirse realizada y ser feliz es teniendo mucho dinero. Esto está fuertemente arraigado en ella desde un principio. Tiene unas motivaciones secundarias que son sus deseos sexuales y, luego, las actitudes y acciones de David contra ella despiertan su deseo de venganza. Finalmente, su acción definitiva es definida porque no quiere que David muera, aunado al rencor acumulado que siente hacia el Dr. Doe.

*Acción:* Se aprovecha de la condición de David y lo engaña, con lo cual le pide que asesine a Santos, quien representa una amenaza para su trabajo ilegal; también lo usa sexualmente hasta que él la acusa de asesinato y amenaza con exponerla; entonces, ella idea el plan de incriminarlo por la muerte de Santos. Mientras trabaja clandestinamente para el Dr. Doe, lo ayuda a esconder el cuerpo de un joven asesinado por él, lo asiste activamente en el asesinato de Santos y, finalmente, termina matando violentamente a este científico, para salvar a David.

*Meta:* Quiere tener cada vez más dinero y satisfacer siempre todos sus deseos y necesidades. Al final, esta meta es superada por una puramente emocional y visceral: salvar a David, matando al Dr. Doe.

### 2.7.iii Santos (personaje secundario)

#### Biografía

Nacido en 1977 en Puerto Rico, se crió allí en medio de una familia muy numerosa, católica y tradicional. Sus padres, quienes aún están casados, mantienen una relación muy afectuosa tanto entre ellos como con sus hijos, a quienes siempre han inculcado muy buenos valores. Él es el menor de cinco hermanos, todos hombres.

Santos fue el único que decidió mudarse a la zona continental de los Estados Unidos. Primero comenzó trabajando en Miami y, posteriormente, consiguió una oportunidad de trabajo en Nueva York. Toda su familia se quedó en Puerto Rico, pero rápidamente hizo muchos amigos que se convirtieron en su nueva familia. En Nueva York, le asignaron una oficina en el *World Trade Center*.

Durante el atentado al *World Trade Center*, el 11 de septiembre de 2001, él está en su día libre. Se encuentra en casa preparándose el desayuno cuando ve, en las noticias lo que está sucediendo en su ciudad, específicamente en su lugar de trabajo. Ya tenía un tiempo sintiéndose mal y este evento tan impactante y estresante le detona un brote psicótico. Enseguida, piensa que se trata de una conspiración para atentar contra él y que lo están persiguiendo para matarlo. Entonces, huye de su casa y se esconde por las calles de Nueva York. Tras un par de días de su desaparición, la policía lo encuentra debajo de un puente, sucio y delirante.

Luego de unos tres meses de luchar contra la psicosis y un intento de suicidio, Santos es internado en un psiquiátrico en las afueras de Nueva York, donde tiene alrededor de tres meses cuando llega David. Aún no ha sido oficialmente diagnosticado con la enfermedad, a pesar de que en realidad la padece. Allí, Santos tiene los síntomas controlados y está consciente de su condición, aunque padece de discinesia tardía (movimientos involuntarios) como efecto secundario de los medicamentos. Tiene la esperanza de que, al removérselos, no aparezca otro brote psicótico, porque esto confirmaría la enfermedad. Al conocer a David, se abre con él y se hace su amigo. Sin embargo, para su mala fortuna, un día amanece muerto. Las circunstancias indican que se intoxicó con veneno de rata, pero David, quien lo llegó a conocer bien, no cree que haya intentado suicidarse de nuevo, por lo que lucha por exponer a su asesino. Al final, se revela que Santos había descubierto los estudios ilegales del Dr. Doe y Chardet, lo cual llevó a que ellos lo mataran, envenenándole la comida y haciéndolo parecer un suicidio.

#### Arco de transformación

Este personaje pasa de ser un esquizofrénico en pleno brote psicótico a un paciente medicado y consciente. Es una constante que apoya al protagonista hasta el momento en que muere, evento generador de la lucha principal de David.

#### Radiografía del personaje

*Características personales y físicas:*

Sexo: Masculino

Edad: 25 años

Color y estilo de cabello: Castaño, corto, rizado  
Compleción: Estatura alta y de contextura gruesa  
Manera de hablar: Entusiasta, con un ocasional movimiento oscilatorio de la mandíbula (por la discinesia tardía)  
Manera de vestir: Pantalón, franela y zapatillas  
Adicciones: Ninguna  
Color de piel: Morena  
Color de ojos: Negros

*Características sociológicas:*

Familia: Una familia grande que vive en Puerto Rico  
Trabajo: Contador  
Amigos: Tenía muchos amigos, antes de su brote esquizofrénico; ahora, solo unos cuantos lo visitan a veces; en el psiquiátrico es bastante sociable y abierto y, de hecho, es quien facilita que surja la amistad entre él y David  
Pasiones: Los deportes, especialmente el béisbol  
Pasatiempos: Practicar baloncesto  
Clase social: Media

*Características psicológicas:*

Sueños: Casarse y formar una familia grande  
Fobias: No tiene  
Valores: Amistad y lealtad; tener una vida valiosa  
Creencias: La existencia de un Dios  
Gustos: La naturaleza y estar al aire libre  
Actitud ante la vida: Hay que trabajar para vivir, y no vivir para trabajar  
Preferencia sexual: Heterosexual  
Característica dominante: Amigable

*-El pasado oculto:* La familia de Santos lo buscó desesperadamente tras su desaparición. Al encontrarlo, estaba en tal estado físico y mental que lo hospitalizaron inmediatamente. A los días, se lo llevaron con ellos a Puerto Rico y comenzaron a tratarlo. Después de unos tres meses de medicamentos y terapia, en diciembre, Santos los convenció de que estaba preparado para volver a su trabajo, lo cual implicaba vivir solo de nuevo. A la semana de llegar a Nueva York, se lanzó desde el piso nueve de su edificio, pues había dejado de tomar su medicina, lo cual había ocasionado que su psicosis reapareciera. Solo se fracturó un brazo, pero fue internado enseguida, a finales de diciembre, en el psiquiátrico. Allí, está bajo medicación estricta y terapia continua.

*-El inconsciente:* Está conformado por recuerdos y sensaciones alegres de su infancia y adolescencia, de los numerosos cumpleaños, fiestas y celebraciones que tenían lugar año tras año en su entorno familiar. Asimismo, también está conformado por su vida escolar y social de la pre-adolescencia.

*-Los caracteres:* Es una persona extrovertida, sentimental e intuitiva.

*-Psicología anormal:* Padece de una esquizofrenia paranoide.

## Espina dorsal

*Motivación:* Se trata de una motivación moral, que surge a partir de la experiencia que le ha tocado vivir.

*Acción:* Establece una cercanía con David y habla con él, tanto para desahogarse como para escucharlo, es su verdadero amigo y soporte en ese entorno tan incierto. Lo ayuda a comprender ciertas cosas y a adquirir nuevos valores y perspectivas de la vida.

*Meta:* Santos quiere ser un buen hombre, hacer bien dentro de su entorno, ser una influencia positiva, encontrar un significado dentro de este rumbo que ha tomado su vida y sacar lo mejor de esta experiencia. Quiere dejar una huella, curarse del todo, salir y rehacer su vida.

### **2.7.iv Angus/Dr. Doe/Thomas (antagonista)**

#### Biografía

Nacido en 1972 en Inglaterra, Angus nunca conoció a sus padres. Desde que nació, fue dado a un orfanato, donde se crió y vivió hasta que cumplió la mayoría de edad, pues nadie nunca lo adoptó. Sin embargo, se hizo muy cercano al médico que allí trabajaba y este le enseñó muchos principios, básicos y avanzados, de química y biología. Él quería ser médico también, pero estudiar medicina no estaba dentro de sus posibilidades académicas. Entonces, cuando salió del orfanato, su mentor se lo llevó con él a los Estados Unidos. Allí, este le dio hospedaje y lo contrató como asistente en una serie de estudios clínicos que estaba realizando con un psiquiatra. Entonces, este muchacho aprendió mucho sobre el comportamiento humano y los distintos trastornos mentales. Su mentor, que era como su padre, murió eventualmente y le dejó todas sus posesiones.

Angus se quedó con una enorme herencia que nunca esperó. Entonces, con suficiente dinero para vivir cómodamente sin trabajar, comenzó a hacer experimentos propios. Entró en contacto con un vendedor de drogas y comenzó a estudiar el LSD, probándolo sobre él mismo. Luego, quiso reclutar a jóvenes para continuar con estos estudios experimentales, los cuales serían algunos de los clientes de su *dealer*; pero no contaba con un sitio “legítimo” que le transmitiera confianza a estos muchachos. Entonces, tras conocer a la enfermera Chardet por su proveedor mutuo de drogas, le propuso participar de los experimentos, con una buena paga, si conseguía un espacio dentro del psiquiátrico donde pudiesen llevar a los chicos y a la vez pasar desapercibidos por las autoridades. De esta manera, comenzaron los estudios clandestinos, usando Angus el seudónimo de “Dr. Doe”. Le decían a los jóvenes, ávidos de participar gratuitamente en esta experiencia, que eran estudios legítimos del psiquiátrico, pero que no podían hablar al respecto porque era un caso de estudio que se mantendría privado hasta obtener los resultados.

Cuando Santos los descubre, el Dr. Doe decide que deben matarlo para no correr riesgos. Le ordena a Chardet que se encargue de esto. Ella propone que sea David quien mate a Santos pero, al no lograr convencer a David, el Dr. Doe decide tomar las riendas del asunto. En el interín, un joven se escapa de los experimentos y, al atraparlo, termina asesinándolo, cadáver que oculta

luego con Chardet. Lo que hace, entonces, es crearse la identidad de un esquizofrénico paranoide llamado “Thomas”, quien se cree Dios, para ingresar al hospital y poder asesinar a Santos junto con Chardet. Ella es quien le pone el veneno en su comida y, mientras ella vigila la zona y controla a David, el Dr. Doe ocasiona un corte de luz y se mete en el cuarto de Santos, donde él yace muerto, arreglándolo todo para que parezca un suicidio. Cuando David se convierte en un problema mayor, logra convertirse en su amigo para controlarlo e incluso piensa en matarlo, pero a Chardet se le ocurre enmarcar a David por la muerte de Santos y, entonces, le tiende una trampa.

Luego de todo esto, su intención es aparentar una recuperación rápida para ser dado de alta sin mayor problema y continuar con sus experimentos. Pero, cuando David escapa de la celda donde lo tienen detenido y está a punto de descubrir el laboratorio donde llevaban a cabo todo esto, él lo ve y decide matarlo de una vez por todas. Cuando está ahorcándolo, a punto de lograr asesinarlo, Chardet le clava un cuchillo en la espalda. El Dr. Doe muere ahogado en su propia sangre.

### Arco de transformación

Progresivamente, su psicopatía va aumentando.

### Radiografía del personaje

#### *Características personales y físicas:*

Sexo: Masculino

Edad: 30 años

Color y estilo de cabello: Negro, corto, liso

Complexión: Estatura media y delgado

Manera de hablar: Metódica y ordenadamente

Manera de vestir: Uniforme quirúrgico (Dr. Doe); pantalón, camisa y zapatillas (Thomas)

Adicciones: No tiene

Color de piel: Blanca

Color de ojos: Castaños

#### *Características sociológicas:*

Familia: No tiene; su mentor fue su especie de padre adoptivo

Trabajo: No tiene; vive de la herencia de su mentor mientras lleva a cabo experimentos diversos de naturaleza psiquiátrica

Amigos: No tiene

Pasiones: La ciencia experimental

Pasatiempos: Hacer experimentos

Clase social: Viene de una clase baja; ahora es clase alta

#### *Características psicológicas:*

Sueños: Hacer algún descubrimiento científico importante

Fobias: El desorden

Valores: La organización

Creencias: El materialismo; la objetividad absoluta

Gustos: La química

Actitud ante la vida: La conciencia es un obstáculo que debe ser comprendido para poder ser superado; el hombre debe llegar a dominar la perfección material y objetiva

Preferencia sexual: Asexual

Característica dominante: Pragmático

*-El pasado oculto:* Como fue abandonado por sus padres y nunca fue adoptado, creció alejándose de sus emociones para no seguirse sintiendo afectado por el rechazo y por no tener una familia. Incluso cuando veía a su mentor como un padre, aprendió a apreciar este vínculo de una manera objetiva, como una relación que le brindaba conocimientos y oportunidades. Nunca se ha sentido atraído por nadie ni se ha enamorado, así como tampoco ha hecho amigos. Todo lo piensa en términos de planes a llevar a cabo para satisfacer su sed por el conocimiento científico.

*-El inconsciente:* Está conformado por recuerdos y sensaciones tristes de su niñez, por el aislamiento de su pubertad y adolescencia, y su experiencia de aprendizaje con su mentor (el médico del orfanato donde creció).

*-Los caracteres:* Es una persona extrovertida y cerebral.

*-Psicología anormal:* Tiene un trastorno antisocial de la personalidad, la psicopatía. Sin embargo, ha aprendido a ser extrovertido para lograr las cosas que se propone.

### Espina dorsal

*Motivación:* Se trata de una motivación científica que tiene una raíz materialista.

*Acción:* Lleva a cabo los estudios clandestinos con el LSD, asistido por Chardet, proceso en el cual mata a un joven y esconde el cadáver, también con la ayuda de ella. Luego, al percibir la amenaza de ser descubiertos, se hace pasar por un esquizofrénico llamado “Thomas”, para ser ingresado en el psiquiátrico y desde allí resolver la situación. Entonces, mata a Santos y vigila de cerca a David, haciéndose pasar por su amigo; termina tendiéndole una trampa para incriminarlo por este asesinato. Finalmente, en su último intento por deshacerse de David, intenta matarlo pero él termina siendo asesinado por Chardet.

*Meta:* Poder continuar con sus experimentos exitosamente, sin ser descubierto.

### **2.7.v La Sra. Miller**

Es la madre de David. En un principio, es una mujer muy tradicional y conservadora, con un profundo cuidado de su posición en la alta sociedad neoyorkina, pero poco afectiva con David.

Desde que estaba casada, era una mujer poco amorosa pero, cuando descubrió la infidelidad de su esposo, se endureció aún más y decidió divorciarse sin pensarlo. Esto no era lo que su esposo quería y, tras firmar los papeles, él terminó suicidándose. Entonces, también con la tarea de cubrir ambos roles parentales, se convirtió en una persona más estricta con sus hijos, siempre alentándolos a ser independientes. Cuando David eligió una carrera artística, ella lo desaprobó

pero no se lo prohibió, sino que, en cambio, se distanció aún más de él mientras le dejó claro a su hija menor, Ángela, que sus esperanzas residían en ella. Entonces, comenzó a consentirla siempre.

Todo su entorno familiar está definido por su ambiente social y lo que ella cree que se espera de ella y de su familia. Cuando Ángela muere, ella incluso maneja su duelo de una manera muy privada y callada. Sin embargo, al David aislarse, ella comienza a acercarse a él. Este es un proceso muy paulatino que solo alcanza el éxito al final de la historia, cuando ella claramente tiene una nueva actitud hacia él y se muestra mucho más amorosa y comprensiva.

### **2.7.vi El Dr. King**

Es el médico encargado de la condición psiquiátrica de David. Inicialmente, es un hombre directo, práctico y frío, siendo el vivo reflejo de lo técnicos que pueden llegar a ser los procesos que se llevan a cabo en un hospital, incluso aquellos procedimientos que son puramente sociales. Sin embargo, hacia el final de la historia, comienza a empatizar con David hasta el punto en que incluso lo ayuda, lo cual refleja también cómo un hospital sí puede llegar a ser una institución *social*.

Este cambio se refleja también en su última conversación con la Sra. Miller, cuando le está dando de alta a David. En contraposición con la primera y única conversación que ha tenido con ella, cuando David ingresa, esta escena refleja el crecimiento que ambos han tenido como consecuencia de la historia de David.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Principalmente, con respecto a la elaboración del guión, hay una serie de recomendaciones que se quieren dejar, producto del aprendizaje y la experiencia personal. En este sentido, la puntualidad es primordial (pero también la sensibilidad), así que son las siguientes:

- Antes que nada, defina su idea, aclárese a sí mismo sobre qué quiere hablar. Es recomendable, en esta primera fase, definir también el género del largometraje: “quiero decir esto, pero ¿cómo quiero decirlo?”.
- Haga esto con tiempo. La idea es lo más importante y necesita mudarse a vivir con ella antes de comprometerse: duerma con su idea y despierte con ella todos los días, pasen tiempo juntos y evolucionen mientras hacen esto. Si a las semanas no se ha cansado de ella y no puede esperar por conocerla mejor, comprométase con su idea.
- Entonces, tendrá claros cuáles son los temas que manejará. Investíguelos a profundidad.
- Mientras investiga, deje que todo tome forma según la idea a la que se entregó, que cada teoría que abrace tenga cabida en este esquema.
- Pero, también, si descubre algo que lo inspira a modificar la idea, hacia algo que siente que será mejor para el desarrollo de la historia, hágalo (a tiempo). Lo más importante es que usted se sienta feliz e inspirado con su idea.
- Si decide modificar la idea pero ya tiene un Marco Teórico más o menos estructurado y avanzado, concéntrese en mantener los temas y simplemente cambiar las relaciones que estos tienen dentro de la idea.
- Una vez que tenga una base teórica sólida, comience a desarrollar el guión.
- No se puede enfatizar demasiado lo importante que es superar la fase del Marco Teórico a tiempo y comenzar a trabajar en el guión, a tiempo.
- El proceso creativo, ciertamente, no se puede apresurar. Con esta afirmación solo se quiere reafirmar la importancia que tiene aprovechar el tiempo inteligentemente.
- Debe saber que usted se acaba de casar con su idea, la cual se ha convertido en su historia. Tiene que decidir cómo la armará. Para esto, defina qué autor guiará su proceso de elaboración del guión y comience definiendo la estructura de este, pues la estructura será la que sujetará firmemente todo lo que usted comenzará a desarrollar para su historia.
- El autor recomendado para esto es Syd Field, al menos como metodología base.
- Luego, estudie bien el género escogido. Esta debería ser la metodología superpuesta sobre la anterior, la que guíe el cómo será el progreso de su historia a través de la estructura.
- Sea disciplinado. Establezca horas específicas para escribir y cumpla metas diarias. Es la única manera de mantener su historia a salvo del estrés de los días previos a la fecha de entrega.
- Termine el guión a tiempo para dejarlo reposar una semana y luego releerlo. Algo bueno siempre surge de la relectura.

En esta investigación se describen cuestiones tanto científicas como humanas, podría decirse que se tratan de temas tanto objetivos como subjetivos. Pero resulta que, incluso en aquellos casos donde es la ciencia quien tiene la autoridad de argumentar, hay muchas preguntas sin responder, asuntos inciertos e hipótesis sin comprobar. Es así como, inclusive cuando se habla de los

alucinógenos y la esquizofrenia, caben tantas subjetividades como cuando se habla de la muerte. Es por esto que no se pretende, con esta investigación, que haya quedado descrita la verdad absoluta de estas cuestiones, sino más bien dejar la puerta abierta para su exploración y para el seguimiento de todas sus posibilidades. Al final, son temas humanos sujetos a la subjetividad que caracteriza al hombre.

Con respecto al contenido de este trabajo de grado y a las relaciones establecidas entre los temas, así como a su exposición en “Horror Vacui”, el guión elaborado, se pueden concluir una infinidad de razonamientos. Pero serán expuestos solo los que la parcialidad del autor considera más relevantes:

Desde el saber que su vida no es eterna, el hombre está consciente de que debe aprovecharla y de que no puede esperar, por ejemplo, ochenta años para empezar una familia. Así, desde que nace, este es guiado por sus responsables e, incluso, las instituciones, para seguir un recorrido que ha sido establecido en su cultura según el promedio de vida del ser humano, para garantizar el mayor aprovechamiento de su existencia. El colegio, la universidad y la búsqueda de trabajo y de una nueva familia son algunas de las “paradas” básicas de este recorrido. Esto no quiere decir que el saltarse alguno de estos pasos quite la garantía de una existencia digna e intensa (excepto tal vez el de conseguir un trabajo), pero sí son parámetros establecidos por la sociedad para asegurar su buen funcionamiento, y esto solo se logra mediante la productividad individual del ser humano (y su reproducción), cuya probabilidad de darse aumenta con el cumplimiento de estas etapas.

Esto de por sí acarrea muchas presiones para el hombre, sin añadir también aquellas que vienen cuando a este le toca enfrentarse no solo a lo que la sociedad espera de su vida, sino también a como ella pretende que él maneje la muerte. En el mundo occidental contemporáneo, se espera que el individuo prácticamente ignore este fenómeno, porque representa todo lo que el ser humano desconoce y lo que prácticamente escapa de sus manos (cuando se supone que esta se trata de una especie que lo tiene todo bajo control o, por lo menos, casi todo).

Si el hombre sufre de trastornos mentales y es propenso a buscar placer en sustancias psicotrópicas, es por algo. Tal vez el hecho de tener la fortuna de pertenecer a esta especie, tenga su precio. Cada individuo tiene una mente distinta y cada mente es un laberinto de pensamientos, emociones y procesos del subconsciente. Cada decisión tiene una razón de ser pero tiene también una serie de consecuencias. Así, por ejemplo, al decidir consumir drogas, por más motivos que pueda tener una persona, ella no escapa de los efectos negativos que esto pueda tener en su vida, incluyendo los trastornos mentales. Por otro lado, estas aflicciones de la mente también pueden suceder sin causa aparente o por razones desconocidas, afectando a toda clase de seres humanos.

El hecho es que todo puede estar tan conectado como desconectado pero, si lo está, puede ser de maneras muy diversas. Solo queda, entonces, seguir explorando la forma en que estos asuntos definen al hombre, afectan su vida y guían su existencia.

## FUENTES DE INFORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA

### Comunicación personal

G., Garrido, psiquiatra y psicoanalista, Secretario General del Concilio de Psicoterapia Mundial y miembro de la Red Iberoamericana de Bioética.

### Libros

- Derry, C. (1988). *The suspense thriller: films in the shadow of Alfred Hitchcock*. Jefferson, North Carolina: McFarland & Company, Inc., Publishers
- Lepp, I. (1967). *Psicoanálisis de la muerte (única edición)*. Buenos Aires, México: Ediciones Carlos Lohlé
- Letwin, D., Stockdale, J., Stockdale, R. (2008). *The architecture of drama*. Lanham, Maryland: Scarecrow Press, Inc.
- Marcos del Cano, A.M., Topa Cantisano, G. (2012). *Salud mental comunitaria (primera edición: 2012)*. Madrid: Editorial UNED
- Pinel, V. (2009). *Los géneros cinematográficos*. Barcelona: Ediciones Robinbook, s. l.
- Ramos, F., Sánchez-Caro, J.M., Sánchez-Caro, J. (1982). *La muerte: realidad y misterio*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Stoppard, M. (2000). *Qué son las drogas (primera edición: 2000)*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor
- Truffaut, F. (2013). *El cine según Hitchcock*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Varenne, G. (1973). *El abuso de las drogas*. Madrid: Ediciones Guadarrama, S.A.

### Fuentes electrónicas

- Behavioral Health Evolution (2013). *The Stress-Vulnerability Model of Co-occurring Disorders*. Recuperado en junio 6, 2013, de <http://www.bhevolution.org/public/stress-vulnerability.page>
- Brain and Behaviour Research Foundation (2013). *Frequently Asked Questions About Schizophrenia*. Recuperado en junio 6, 2013, de <http://bbrfoundation.org/frequently-asked-questions-about-schizophrenias>

- Di Forti, M., Morrison, P., Murray, R., Paparelli, A. (2010). *Drug-Induced Psychosis: How to Avoid Star Gazing in Schizophrenia Research by Looking at More Obvious Sources of Light*. Recuperado en marzo 27, 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024828/>
- Foundation for a Drug-Free World (2013). *LSD: a short story*. Recuperado en junio 12, 2013, de <http://www.drugfreeworld.org/drugfacts/lsd/a-short-history.html>
- Grohol, J. (2013). *DSM-5 Changes: Schizophrenia & Psychotic Disorders*. Recuperado en abril 5, 2014, de <http://pro.psychcentral.com/2013/dsm-5-changes-schizophrenia-psychotic-disorders/004336.html#>
- Hazelden Foundation (2008). *Co-occurring Disorders Program: Family Program*. Recuperado en mayo 12, 2014, de [www.bhevolution.org/public/document/stress-vulnerability.pdf](http://www.bhevolution.org/public/document/stress-vulnerability.pdf)
- Health Guidance (2013). *Defining the Types of Schizophrenia*. Recuperado en junio 6, 2013, de <http://www.healthguidance.org/entry/15998/1/Defining-the-Types-of-Schizophrenia.html>
- Help Guide (2013). *Schizophrenia Treatment & Recovery*. Recuperado en junio 6, 2013, de [http://www.helpguide.org/mental/schizophrenia\\_treatment\\_support.htm](http://www.helpguide.org/mental/schizophrenia_treatment_support.htm)
- Lowry, F. (2014). *LSD for Anxiety: Hallucinogen as Treatment Revisited*. Recuperado en marzo 28, 2014, de <http://www.medscape.com/viewarticle/821971>
- Mayo Clinic (2012). *Mental illness: Symptoms*. Recuperado en abril 4, 2014, de <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/basics/symptoms/con-20033813>
- Moreno Cidoncha, E. (2013). *Esquizofrenia*. Recuperado en junio 6, 2013, de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/>
- Narconon International (2013). *Signs and Symptoms of LSD Abuse*. Recuperado en junio 12, 2013, de <http://www.narconon.org/drug-abuse/signs-symptoms-lsd.html>
- National Alliance on Mental Illness (2011). *Schizophrenia*. Recuperado en junio 6, 2013, de <http://www.nami.org/Template.cfm?Section=Schizophrenia9&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=118290>
- National Alliance on Mental Illness (2013). *Suicide*. Recuperado en octubre 3, 2013, de [http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By\\_Illness&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=23041](http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=23041)

- NIH National Institute on Drug Abuse (2009). *DrugFacts: Hallucinogens - LSD, Peyote, Psilocybin, and PCP*. Recuperado en junio 12, 2013, de <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/hallucinogens-bsd-peyote-psilocybin-pcp>
- NIH National Institute on Drug Abuse (2001). *Why do people take hallucinogens?* Recuperado en junio 12, 2013, de <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/hallucinogens-dissociative-drugs/why-do-people-take-hallucinogens>
- NIH National Institute of Mental Health (2013). *Esquizofrenia*. Recuperado en junio 6, 2013, de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/index.shtml>
- NIH U.S. National Library of Medicine (2013). *Esquizofrenia*. Recuperado en junio 6, 2013, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000928.htm>
- Nordqvist, C. (2009). *What are symptoms? What are signs?* Recuperado en abril 2, 2014, de <http://www.medicalnewstoday.com/articles/161858.php>
- *Schizophrenia Causes* (2013). Recuperado en junio 6, 2013, de <http://www.news-medical.net/health/Schizophrenia-Causes.aspx>
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D., Bustillo, J., Gur, R., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J., Carpenter, W. (2013). *Definition and description of schizophrenia in the DSM-5*. Recuperado en abril 5, 2014, de [http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964\(13\)00283-1/abstract](http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964(13)00283-1/abstract)