

“Esquizofrenia”

A continuación se presenta el caso de un paciente que fue diagnosticado por médicos psiquiatras como un individuo con claros síntomas de “esquizofrenia” y después de haber recibido tratamiento psicoterapéutico, contra su voluntad, sin mayores resultados, se inclinó por las terapéuticas del doctor Benavides. Antes de abordar su experiencia y de confrontar los modelos médicos en juego (el clínico-psiquiátrico y el curanderil), es necesario establecer algunos aspectos básicos sobre el concepto de esquizofrenia como enfermedad o noción clínica.

La historia de la esquizofrenia necesariamente abarca buena parte de la historia de la locura y, por supuesto, de la psiquiatría en Occidente, en un intento por definirla como una noción o un concepto, que ha despertado toda clase de preguntas, tales como: “¿la esquizofrenia es una entidad unitaria, sindrómica o incluso un constructo artificioso, una forma de reacción?, ¿o es expresión de una alteración estructural, química o de otra naturaleza?” (Puente, Chinchilla y Ríaza, 2007, p. 1).

Naturalmente, este concepto de esquizofrenia también tuvo su proceso de construcción, que se remonta al final del siglo XVIII y los comienzos del XIX, momento en el cual la mayoría de las ramas del conocimiento aspiraban a constituirse en ciencias, a través de la sistematización de sus teorías, métodos y conceptos, y en el caso de la medicina, mediante la clasificación nosológica de las enfermedades. Anterior a este periodo, recordemos que la “locura” se encontraba relacionada con la transgresión del orden moral y con causas sobrenaturales, concepciones que todavía permean el campo médico y a la sociedad en general (Szasz, 1961; Foucault, 1972 [vol. 1]).

Los primeros médicos que intentaron darle explicación clínica a la “enfermedad mental” fueron Zeller y Griesinger, imponiendo el modelo de “entidad única” que se mantuvo hasta el final del siglo XVIII. Luego, Pinel clasificó la “enfermedad” en cuatro categorías: “demencia”, “idiocia”, “manía” y “melancolía”, aunque para esta época el ordenamiento jurídico en varios estados monárquicos occidentales ya había adoptado una clasificación de sujetos no aptos para la vida social, que los diferentes códigos civiles del sistema burgués clasificarían como “interdictos”.

Dentro de este grupo de segregados sociales se encontraban, en orden decreciente de incapacidad: los “tontos”, los “imbéciles” (*fatui*) y los “estúpidos” (*stolidi*) (Foucault, 1972 [vol. 1], p. 203).

A mediados del siglo XIX, Morel describió una nueva entidad a la cual dio el nombre de *démence précoce*, que es reconocida en el mundo médico como la verdadera precursora del concepto de esquizofrenia. Kraepelin, a finales del siglo XIX, mantuvo el término de *dementia praecox* e intentó caracterizarlo como un trastorno que “evolucionaba” a una situación de deterioro. Así, los sujetos que la padecían experimentaban menor respuesta emocional, extraños manierismos, desaliño personal y, eventualmente, deterioro intelectual. Además, Kraepelin incluyó dentro del comportamiento del “demente precoz”, los síndromes de “catatónico”, “hebefrénico” (descritos con anterioridad por Hecker, 1871, así como por Kahlbaum, 1883, respectivamente) y *dementia paranoide*.

Este periodo de auge positivista de clasificación o tipificación de las patologías mentales efectuadas por la ciencia médica es también la época que Foucault identifica como el Gran Encierro, en donde

La función del hospital psiquiátrico del siglo XIX; lugar de diagnóstico y de clasificación, rectángulo botánico en el que las especies de las enfermedades son distribuidas en pabellones cuya disposición hace pensar en un vasto huerto; pero también espacio cerrado para un enfrentamiento, lugar de lidia, campo institucional en el que está en cuestión la victoria y la sumisión. El gran médico de manicomio —ya sea Lauret, Charcot o Kraepelin— es a la vez quien puede decir la verdad de la enfermedad gracias al saber que posee sobre ella y quien puede producir la enfermedad en su verdad y someterla a la realidad gracias al poder que su voluntad ejerce sobre el propio enfermo.

Todas las técnicas o los procedimientos puestos en práctica en los manicomios del siglo XIX —aislamiento, interrogatorio público o privado, tratamientos-castigo tales como la ducha, los coloquios morales (para estimular o amonestar), la disciplina rigurosa, el trabajo obligatorio, las recompensas, las relaciones preferentes entre el médico y determinados enfermos, las relaciones de vasallaje, de posesión, de domesticación, y a veces de servidumbre que ligan al enfermo con el médico—, todo esto tenía como función convertir a la figura del médico como el “dueño de la locura”: el médico es quien la hace mostrarse en su verdad (cuando se oculta, permanece emboscada y silenciosa) y quien la domina, la aplaca y la disuelve, tras haberla desencajado sabiamente (1996, p. 52).

Solo fue hasta principios del siglo XX que Bleuler introdujo el término de *esquizofrenia*, poniendo como elemento central del síndrome la disociación de la vida psíquica, caracterizada por: trastornos de asociación del pensamiento, alteraciones volitivas, ambivalencia afectiva o tendencia al autismo. Otro aspecto nuevo de su concepción es que no era imprescindible una evolución deteriorante segura de la enfermedad, al tiempo que estableció un subgrupo más en el año de 1911: la *esquizofrenia simple* (Pérez, Morcillo y Chinchilla, 2007).

El modelo de Bleuler sobre la “esquizofrenia” se mantuvo hasta que Schneider, en 1959, planteó la clasificación de las esquizofrenias en síntomas de primer y segundo rango. Sin embargo, sus postulados fueron cuestionados al establecerse que los síntomas de cualquiera de estos rangos también se podían encontrar en pacientes con manías, e igualmente, que los factores culturales de los psiquiatras eran determinantes a la hora de diagnosticar. Por ejemplo, el doctor JE Cooper estableció en una investigación durante la década del sesenta, que de un grupo

representativo de psiquiatras norteamericanos y otro de origen europeo, los de la primera muestra tendieron a diagnosticar a sus pacientes el doble de esquizofrenias que los del segundo grupo, en tanto que estos últimos se inclinaron en la misma proporción por los diagnósticos de las “psicosis maniaco-depresivas”. Es decir, que un diagnóstico de esquizofrenia en Estados Unidos podía equivaler a una psicosis maniaco-depresiva en Europa (Pérez, Morcillo y Chinchilla, 2007).

Pero el factor cultural que marcó la diferencia entre los diagnósticos emitidos por los psiquiatras europeos y norteamericanos radicó fundamentalmente en los manuales médicos aceptados y de uso generalizado en cada una de estas regiones, como lo comprobó la OMS en otra investigación al respecto, llevada a cabo entre 1973 y 1979. De este modo, el manual médico que empezó a primar en el viejo continente desde 1948 fue el publicado por la misma OMS, bajo el título de: *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Por el contrario, el manual de mayor difusión en Estados Unidos a partir de 1952 fue el DSM, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la American Psychiatric Association (APA).

La OMS comprobó, también en 1976, que de un grupo de enfermos de “esquizofrenia” pertenecientes a algunos países “en vía de desarrollo” (como Nigeria e India), el cincuenta por ciento de la muestra consiguió recuperarse de dicha enfermedad, hasta la fecha considerada como incurable. Estos pacientes no aceptaron en ningún momento que pudieran padecer tal enfermedad y, al contrario, creyeron que la fuente de su malestar se asociaba con los artificios brujeriles. Otro grupo seleccionado en un país considerado como “desarrollado” (Dinamarca), tan solo un ocho por ciento de éstos comportó mejoría, pero no se curaron de su padecimiento al creer en la nosología occidental de las “enfermedades mentales”. Sin embargo, solo veinte años después la OMS tendría en cuenta que los pronósticos sobre las esquizofrenias debían estar sujetos a las particularidades sociohistóricas y culturales de cada sujeto, pues éstos varían enormemente de un paciente a otro (Good, 1997).

En la tabla que se presenta a continuación aparecen las características generales de la “esquizofrenia”, con las cuales la CIE-10 y el DMS-IV han intentado definir este concepto psiquiátrico. También aparecen relacionadas las diferentes tipologías establecidas por estos dos manuales, en donde puede observarse que la CIE-10 de la OMS tuvo en cuenta los aspectos socioculturales e históricos de las personas que han experimentado y experimentan esta “enfermedad mental” y, por el contrario, el DMS-IV apenas hizo una pequeña aclaración a este respecto sobre las “ideas delirantes”.

De manera paralela, otros psiquiatras han publicado sus investigaciones sobre las distintas variables que pueden primar en los diagnósticos de las “esquizofrenias” y en relación con la manera cómo los pacientes experimentan la “enfermedad”, tales como: geográficas o culturales (Torry, 1980; Leff, 1988), familiares (Gottesman y Shields, 1982; Gottesman, 1991), etarias (Eaton, 1988; Lewis, 1989), género (Reicher, 1992; Hafner, 1992) y socioeconómicas (Jones, 1993; Marcelis, 1999).

A pesar de que la psiquiatría occidental ha concluido que la “esquizofrenia” es un “síndrome” de “naturaleza orgánica”, presuntamente relacionado con la “heredobiología”, la “neuroquímica”, y la “psicofarmacología aplicada” (Pérez, Morcillo y Chinchilla, 2007, p. 21), aún se desconoce con exactitud qué la produce,

cuál es su etiología o base somática (Chinchilla, 2000, p. 2), como sucede con las demás “enfermedades mentales” reportadas por la CIE-10 o el DMS-IV (Szasz, 1961; CCDHI, 2010). Y finalmente, que la “esquizofrenia” se comporta como “un síndrome unitario y una variabilidad sintomática, con cursos evolutivos variados hacia la remisión, mejoría parcial o cronicidad defecto” (Chinchilla, 2000, p. 2).

Tabla 1: Características de la “esquizofrenia” según la CIE-10 y el DMS-IV

Manual	Características de la esquizofrenia	Tipos de esquizofrenias
CIE-10	“Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamen- tales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embo- tamiento o falta de adecuación de las mismas. En ge- neral, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individua- lidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfer- mo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales ca- paces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuen- tes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pen- samientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y deta- lles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las si- tuaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. [...]” <u>Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recu- peración completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres [...]”</u> (Organi- zación Mundial de la Salud, 1992, pp. 52-53).	1. Esqui- zofrenia paranoide 2. Esqui- zofrenia hebefrénica 3. Esqui- zofrenia catatónica 4. Esquizo- frenia indife- renciada 5. Depresión postesquizo- frénica 6. Esquizo- frenia residual 7. Esquizo- frenia simple 8. Otras esqui- zofrenias: Esquizo- frenia cenesto- pática. Trastorno esquizo- frenia sin especifica- ción. 9. Esquizo- frenia, no especificada

DSM-IV “Las características esenciales de la esquizofrenia son¹. una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una². parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno³. que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C). Estos signos y síntomas están asociados a⁴. una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esqui-⁵. zo-afectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterios D y E). En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes (Criterio F). Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. Los síntomas característicos (Criterio A) pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales [...]. Los síntomas negativos (Criterio 5) comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). Las ideas delirantes (Criterio A1) son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. [...] <u>Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, la “rareza” puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas [...]</u>” (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 1995, pp. 280-283).	Tipo paranoide Tipo desorganizado Tipo catatónico Tipo indiferenciado Tipo residual
--	--

El caso de “Julián”

“Julián” fue el primero de tres hermanos, fruto de la unión de dos profesionales que provenían a su vez de algunas de las familias tradicionales de la ciudad de Tunja y, por tanto, han gozado de cierto estatus socio-económico durante su residencia en la ciudad. Julián nació en el año de 1978 y se educó en el Colegio Salesiano Maldonado Calvo de la misma ciudad, el cual fue fundado y hasta la fecha es regentado por esta comunidad de sacerdotes.

La educación de Julián no solo estuvo regida por los más estrictos principios católicos que partían de su colegio, sino también por los lineamientos que su mamá, como integrante de una comunidad carismática, le infundió constantemente desde pequeño. El padre de Julián, menos comprometido con la formación de sus hijos y de temperamento más jovial que su cónyuge, no ejerció tanta autoridad o control sobre los miembros de la familia y, además, terminó su relación matrimonial cuando Julián aún no había cumplido los seis años de edad.

La madre de Julián, una vez producida la separación de su pareja, se refugió casi por completo en la religión, al tiempo que se fue haciendo más dura e inflexible con la formación de sus hijos. Después de la separación de sus padres, Julián tuvo que afrontar gran parte de la crianza de sus pequeños hermanos, mientras su madre laboraba todo el día en una organización estatal y asistía en las noches a sus reuniones con la comunidad carismática. Julián, a pesar de que ayudaba a sus hermanos con las tareas escolares o le colaboraba a la empleada del servicio con la alimentación de los pequeños, también necesitaba un espacio diario para el juego con sus amigos.

Precisamente, recuerda Julián, este fue el motivo eterno de discordia con su madre, pues ella le exigía que no saliera a jugar con los niños del barrio por temor a que “cogiera malas mañas” y no cumpliera con sus tareas escolares y domésticas. Pero más podía el deseo de Julián de salir a jugar que las posibles reprimendas de su madre y así, después de una “volada a jugar”, venía una paliza.

Al comienzo su madre “ideó” diversas maneras de impedir que Julián saliera a jugar con sus amigos de barriada, que iban desde ordenarle a la empleada de servicio asegurar la puerta con llave, hasta abrumarlo con tareas que no le dieran lugar a la “ociosidad”. Nada de esto tuvo los resultados esperados por la mamá de Julián, puesto que él se evadía por la barda trasera del patio o, persuadía a la empleada para que lo dejara salir “al menos media hora”. Naturalmente, su mamá al poco tiempo advirtió que estas medidas no eran suficientes y terminó despidiendo a la cómplice y confinando a Julián a un mundo de encierro y maltrato.

Al referirse a este periodo de su vida, Julián anota que su padre, “a pesar de estar enterado de la situación [de maltrato intrafamiliar], y ser abogado, estaba siempre lejos... a duras penas, algunas veces, le llamó la atención a mi mamá por todos los maltratos que me daba a mí y a mis hermanos” (comunicación personal, 11 de abril, 2008). En síntesis, la presencia del padre de Julián “se limitaba a los fines de año”, momento en el cual llevaba los regalos navideños a sus hijos y les “daba una vuelta por la finca y luego, se perdía por otro año [...]” (comunicación personal, 11 de abril, 2008).

En este ambiente familiar Julián pasó una tercera parte de su infancia y toda su pubertad-adolescencia, época en la cual el único pensamiento que logró alejarlo de esta realidad fue “la idea obsesiva de convertirse en un rockstar”. Su vecino compartía el mismo sueño y juntos se mantuvieron por las mismas sendas de la música hasta la edad de los 18 o 19 años de edad y en contrapartida, recibieron toda la desaprobación y el desprecio de la mamá de Julián. Aunque en principio fueron músicos empíricos, o según palabras del propio Julián:

Músicos orejeros que siempre nos levantábamos la plata para conseguir las clases con músicos profesionales. Yo me incliné por la guitarra y la voz y mi vecino por el bajo, [aunque] después se cambió a la batería. También nos acompañaba el hermano de mi amigo, que le jalaba al piano y cantaba. Entre los tres montamos una banda a la que después se nos unió un primo de ellos, para darle al bajo. Así estuvimos varios años. Luego nos abrimos y yo seguí con mis proyectos musicales a veces con otros músicos, a veces solo. Aunque mis últimas presentaciones han sido más en solitario y he estado tocando en los dos últimos Festivales de la Cultura de Boyacá, en buenos auditorios (comunicación personal, 7 de marzo, 2008).

Julián, una vez culminados sus estudios de bachillerato en el Colegio Salesiano Maldonado Calvo, comprobó que la música le podía deparar más que un ambiente de fraternidad, reconocimiento, mujeres y algo de dinero. Durante este periodo de su vida, Julián entabló una relación amorosa con una muchacha un poco menor que él, que aún no culminaba sus estudios de bachillerato. De esta unión nació su primera hija, la cual significó para el joven músico, “la felicidad más grande de toda su vida”, aunque también la fase más crítica con sus padres.

La madre de Julián, al enterarse del nacimiento de la niña, decidió echarlo de casa sin derecho a réplica por considerar su unión con aquella muchacha “inmoral”, al no encontrarse “bendecida por la Iglesia católica” y también por parecerle prematura para la edad de ambos. Igualmente, el padre de Julián escudado bajo el argumento “tradicionalista” de que su hijo “ya era mayor de edad e iba a ser padre; ahora tendría que ganarse su propio sustento” y de este modo, terminó retirándole el poco apoyo económico y moral que le había prodigado hasta ese momento.

Mientras se enfrentaba al nuevo rol de padre y buscaba el sustento familiar en diferentes empleos, mal remunerados y poco agradables, Julián empezó a ver cómo sus aspiraciones musicales quedaban atrás. Las presiones económicas de la joven pareja y las exigencias relacionadas con la crianza de la niña lentamente fueron minando la relación entre los dos adolescentes hasta disolverla.

La enfermedad

Recuerdo que el sábado 23 de febrero de 2008, a eso de las 4:00 p. m. recibí una llamada del doctor Benavides para preguntarme por qué no había vuelto a visitarlo, aunque él sabía de sobra la razón, y para invitarme también a un almuerzo que se llevaría al día siguiente en su casa, pues pensaba presentarme a alguien “muy especial”, que fue el adjetivo que usó en aquel instante para describirme a esa persona.

Confieso que acepté su invitación a regañadientes, pues desde la muerte de Pedrito había decidido tomar distancia y dejar a un lado mi investigación por un tiempo prudencial. Aunque, la verdad, en esos días tenía la firme convicción de

abandonarla por completo, pues esta experiencia me había perturbado bastante, como lo referí atrás. Además, no era tan fácil que asistiera a la invitación porque me encontraba entregado en las labores de crianza con mi hijo recién nacido y con las múltiples tareas agobiantes de mi empleo. Finalmente, tampoco me entusiasma mucho ir a degustar los acostumbrados platillos vegetarianos que se servían en la mesa del doctor Benavides, los cuales tuve la oportunidad de probar en un par de ocasiones, y haciéndoles justicia, me parecieron deliciosos. El problema que he tenido con la comida vegetariana, en general, obedece al simple hecho de dejarme con sensación de hambre, una vez he comido o poco tiempo después.

No obstante, decidí asistir al almuerzo más con el deseo de reiterarle mi aprecio y gratitud al doctor Benavides, además de pasar una buena velada en su compañía. Cundo llegué a su casa me esperaba junto a un joven de cabello largo, tez blanca, ojos expresivos color miel y complexión más o menos robusta de 1 m con 70 cm aproximadamente. Me dijo el doctor Benavides de manera sentenciosa, una vez producidos los saludos y presentaciones de rigor con el joven: “Julián tiene una gran historia que contarte”.

Durante buena parte de la reunión Julián narró algunas experiencias personales sobre su enfermedad y el doctor Benavides asumió durante ese momento el rol de interlocutor, entrevistador, médico y amigo. Yo me limité prácticamente a escuchar la conversación. Posterior a este encuentro, pude entrevistar varias veces tanto a Julián como al doctor Benavides sobre este caso. Al final de la velada, Julián sacó de su maleta un CD con la última grabación musical que había producido y se la vendió al doctor Benavides, luego volteó de manera repentina su rostro hacia mí y me preguntó: “¿Te gusta el rock sinfónico?”, al tiempo que me entregaba otro de los ejemplares disponibles para la venta. Accedí a comprarle con gran gusto y curiosidad su CD porque a mi también me gusta ese tipo de música, además, el CD estaba presentado de una manera atractiva.

En las siguientes conversaciones que tuve con Julián descubrí que teníamos varias cosas en común: la misma edad, el gusto por la música en mención, el ser músicos y el haber pasado por problemas de insomnio que nos llevaron a ataques de pánico y crisis existenciales. Desde luego, cada uno de nosotros experimentó este problema de manera diferente y tuvo, a su vez, un diagnóstico y un tratamiento médico particular.

En mi caso, recuerdo que a la edad de los 21 o 22 años, cuando me encontraba cursando mis estudios de pregrado en la Universidad Nacional de Colombia, empecé a tener dificultades para conciliar el sueño durante un par de semanas lo que me condujo a sentir una mezcla de miedo y repudio por la sociedad. Durante ese periodo de mi vida alcancé a tener alucinaciones (visuales y auditivas), padecí de migrañas fuertísimas, perdí unos 20 kilos de peso, y finalmente, tuve parálisis temporales de algunas extremidades o de medio cuerpo.

Tales condiciones me llevaron a buscar ayuda médica en el servicio de salud de la universidad, en realidad, motivado por mi familia, puesto que yo me encontraba prácticamente desencajado de la realidad. Allí, fui tratado con medicinas naturalistas y terapias alternativas como el yoga. La primera doctora que me atendió me dijo más o menos lo siguiente, con una frescura y naturalidad extrema que aún

hoy me sigue sorprendiendo: “No te voy a remitir donde ningún psiquiatra porque esos ‘manes’ [tipos o sujetos] son muy ‘peperos’ [dados a formular pastillas o medicinas psiquiátricas]”. Por el contrario, me formuló esencias florales y mucha valeriana. También me inscribió en un programa de técnicas de respiración y del control del dolor ofrecido por la misma unidad de servicios médicos de la universidad, que en términos generales fueron clases de yoga. El dictamen de la doctora fue “crisis existencial con ataques de pánico”, o simplemente, “segunda adolescencia”. Evidentemente tuve que aplazar mis estudios durante ese semestre, pero el tratamiento, que duró unos dos meses, me hizo más fuerte frente a las contradicciones existenciales de la vida y a vivirla de manera menos dramática o trascendental que antes.

El caso de Julián, aunque tuvo un origen similar al mío, tomó un rumbo totalmente diferente. Así, al joven músico, cuando tenía 20 años de edad, los problemas y las presiones familiares le llevaron a no conciliar el sueño durante varios días y tras este inconveniente, a experimentar malestares físicos y mentales. Gradualmente Julián empezó a darle miedo la gente y según él:

No quería volver a salir a la calle y dejé mi empleo [...] las voces que me aturdían me ordenaban hacer cosas terribles, [...] a veces sentía que me daban corrientazos eléctricos que me recorrían todo el cuerpo y me hacían estremecer, no los podía controlar y me hacían mover la cabeza, sin control (comunicación personal, 11 de abril, 2008).

Desde luego, su esposa lo persuadió para que fuera a consultar a un psiquiatra particular, amigo de la familia. Éste aseveró que Julián presentaba “un cuadro de esquizofrenia” y le formuló algunos fármacos para calmarlo y combatir el insomnio que estaba padeciendo. El médico en mención lo trató durante cuatro sesiones. No obstante, durante este periodo tuvo un ataque incontrolable de furia que terminó en un evento de violencia intrafamiliar y con Julián en dos lugares: primero, en la inspección de policía y luego, con camisa de fuerza, en el Hospital Psiquiátrico de Boyacá.

Julián me refirió que durante su internamiento en el hospital psiquiátrico no recuerda mayor cosa, únicamente que le daban tres pastillas diarias y que en el cuarto donde estuvo hospitalizado se encontraban varios pacientes más y que permanecía encerrado bajo llave. Eventualmente los pacientes podían dar paseos por los patios del hospital bajo la vigilancia de sus empleados, y en una de estas cortas salidas a tomar el sol, Julián consiguió fugarse.

Sin tener hacia dónde ir el joven músico, puesto que en ese momento “Marcela”, su esposa, se encontraba viviendo con la pequeña niña en la casa de sus padres, decidió refugiarse en el hogar materno, donde no era bien recibido. Sin embargo, “Doña Gladis”, la madre de Julián, al ver el estado deplorable en el que se encontraba su hijo, prefirió procurarle personalmente los cuidados necesarios para ayudarlo hasta donde fuera posible. Aunque los médicos del hospital intentaron persuadir a Doña Gladis para que internara nuevamente a Julián, ella no accedió; sin embargo, se comprometió a hacerle tomar los medicamentos prescritos por el psiquiatra y a llevarlo a control cada semana. A Julián le contaron que estuvo internado tres meses en el Hospital Psiquiátrico de Boyacá, porque él perdió por completo la noción del tiempo al estar bajo los efectos de las drogas que no le dejaban hablar y lo mantenían inerte todo el tiempo:

Esos días son realmente confusos para mí [...] cuando salí pensé que no habían pasado más de quince días, permanecía en el hospital con un temor hacia todo y todos, lo que más me daba miedo era que me abandonaran [sus familiares] [en] ese lugar, pensaba únicamente en suicidarme cuando tenía momentos de lucidez, pero los efectos de las drogas que me daban me volvían a dejar tumbado en el piso, sin poder mover la boca y babeaba y babeaba como un bobo. Fueron los peores días de toda mi vida (comunicación personal, 29 de mayo, 2008).

De acuerdo con Szasz (1996), la psiquiatría ha establecido tres tratamientos “terapéuticos” en el mundo para “curar” las “enfermedades mentales”: el institucional, que implica hospitalizar y someter involuntariamente a las personas; el físico-químico, sustentado en el empleo de medicinas y electrochoques que, en la mayoría de los casos, agrava el estado de los pacientes; y el retórico o psicoanalítico, consistente en hablar o escuchar. Pero, según este autor, ninguno de los “tratamientos terapéuticos” empleados por la psiquiatría son realmente terapéuticos, puesto que en el sentido estricto del concepto, una terapia implica un procedimiento quirúrgico acompañado de un tratamiento farmacéutico durante el tiempo de recuperación. Por tanto, los tres son falsos o metafóricos por no ser terapias médicas y, sobre todo, por intentar curar enfermedades inexistentes.

Como se ha establecido, Julián recuerda que únicamente experimentó los dos primeros, salvo los electrochoques, pero del retórico no tiene ningún recuerdo por los efectos de los fármacos psiquiátricos.

La Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos estableció en un artículo titulado “Antipsychotics. The facts about the effects” (2010) que los fármacos psicotrópicos empleados desde la década de 1990 para contrarrestar algunos síntomas de la esquizofrenia (clozapina, risperidona, olanzapina, ziprasidone y aripiprazole) traen a su vez serios efectos secundarios, tales como: duplicar el riesgo de suicidio, manías, inquietud severa, rigidez y temblor, aumento de peso, diabetes, alucinaciones, despersonalización, ataques al corazón, derrames cerebrales, espasmos musculares prolongados, disminución de los glóbulos blancos, convulsiones, mareos y muerte repentina. Sobre los choques eléctricos como tratamiento en la esquizofrenia, afirma la CCDHI que:

La psiquiatría aún calcina el cerebro con electrochoque, desmembrándolo con psicocirugía e insensibilizándolo con drogas peligrosas [...] Al destruir partes del cerebro, la persona es más dócil, pero menos viva. La perturbación mental original permanece en su lugar, sólo que reprimida (2010, p. 7).

Cuando le pregunté a Julián acerca de la “enfermedad” que le habían diagnosticado los psiquiatras de ese hospital, me dijo que la esquizofrenia había sido producida por el consumo de drogas que durante esa época había ingerido, tales como: alcohol, cocaína, marihuana y bazuco. Según él, el consumo de tales sustancias fue esporádico y los problemas familiares fueron el origen de su enfermedad. Tampoco recuerda o nunca le dijeron sus psiquiatras qué tipo de esquizofrenia y jamás tuvo la previsión de pedir, ni “pediría por nada en el mundo” su historia clínica, como me comentó, por el “pavor” que le produce el Hospital Psiquiátrico de Boyacá, o cualquier institución mental. Después de su fuga del hospital solo asistió a un control más de los pactados, y luego se rehusó por completo a volver. Paulatinamente fue dejando de tomar las drogas prescritas por los médicos, puesto que su madre había decidido llevarlo a un consultorio de medicina alternativa en donde empezó un nuevo tratamiento.

La aversión de Julián por el Hospital Psiquiátrico de Boyacá también es compartida por algunos médicos que han laborado allí. Este es el caso de los doctores Herrera y Martínez, referenciados en el capítulo dos, quienes publicaron *Cotidianonegación. Razón de la locura y locura de la razón, desde el Hospital Psiquiátrico de Boyacá*. En este libro los autores aseveran que no solo no existen las “enfermedades mentales” (a excepción de las de tipo hereditario), sino que los tratamientos psiquiátricos de éste o cualquier hospital son instrumentos de dominación y embrutecimiento del sistema burgués.

Por último, le pedí a Julián que representara en un dibujo o un diagrama todos los pensamientos y sentimientos que pudiera recordar sobre el momento en el que estuvo enfermo. A pesar de ser un ejercicio doloroso para Julián, accedió tranquilo y realizó el dibujo que aparece a continuación. Antes de empezar, se quedó pensativo por un momento mirando hacia el techo y acto seguido, inició el dibujo y no volvió a levantar la cabeza hasta culminarlo. Al final, me entregó la hoja y me dijo: “Ojalá te sirva de algo, hermano”.

El dibujo representa todo el drama que vivió Julián durante el padecimiento de su enfermedad. Gradualmente le fui preguntando por el significado de algunos elementos de su dibujo, que aparentemente obvios, no lo eran, puesto que su dimensión simbólica es única o particular respecto a los demás seres humanos, a pesar de compartir un mismo sistema sociocultural con algunos sectores poblacionales colombianos. Por ejemplo, le pregunté por qué se había representado en medio de una tormenta, ahogándose y con los brazos extendidos hacia arriba. Él simplemente me dijo, con la voz entrecortada:

[...] en ese momento yo había perdido toda esperanza y me sentía totalmente abandonado por mi familia...lo único que quería hacer era quitarme la vida, por eso me dibujé con los brazos tendidos hacia arriba, que es la expresión que las personas hacen antes de dejarse ahogar [...] Las luces del fondo en el cielo representan la esperanza que ya había perdido hacia tiempo, creo que simbolizan a mi familia que es lo más bello para mí y que en ese momento estaba lejos. La luna [sin luz], es la oscuridad de la muerte que ya me cubría (comunicación personal, 10 de mayo, 2008).

La explicación de Julián sobre cada uno de los elementos que componen su dibujo se centra en los pensamientos y sentimientos de desolación que marcaron aquella etapa de su vida, pero no hace alusión de manera directa a su estado mental o físico. Por el dibujo y las narraciones sobre su enfermedad transcritas atrás, se puede colegir que Julián no percibía de manera clara su mundo o proyecto vital, puesto que el mar y la oscuridad reinante en la representación evidencian esta dificultad por encontrar una interpretación o solución al problema que afrontaba. Del mismo modo, en el dibujo su cuerpo aparece a punto de ahogarse, debilitado y en actitud de súplica, en espera de ayuda.

El tratamiento

Como anoté atrás, conocí a Julián en el año de 2008 y su enfermedad se manifestó entre los años de 1998 y 1999. Luego de abandonar el tratamiento psiquiátrico en este último año, Julián empezó a reportar una notable mejoría en el calor de su hogar y bajo los cuidados de su madre. Sin embargo, aún no lograba conciliar el sueño de manera normal y desarrolló varios tics faciales, acompañados



*Imagen 17: Representación de la enfermedad de Julián **

* Dibujo realizado por Julián el día 10 de mayo de 2008 en su residencia en el centro de la ciudad 2008.

de comportamientos de ansiedad y nerviosismo esporádicos. Por esta razón, doña Gladis, por consejo de una amiga suya, decidió llevarlo al consultorio del doctor Benavides, que en ese entonces se encontraba ubicado en la ciudad de Chiquinquirá.

El doctor Benavides no se sorprendió con el caso de Julián, puesto que ya había tratado a varias personas diagnosticadas como esquizofrénicas. Según el doctor todas estas personas se caracterizan por desarrollar dos o más “conflictos biológicos” simultáneamente, pero no son tan impactantes para la mente o psiquis y por esta causa, casi no afectan la parte somática de quienes la padecen. Caso contrario sucede, por ejemplo, con los enfermos de cáncer, quienes tuvieron un evento traumático de mayor incidencia en sus vidas y, por tanto, los síntomas de esta enfermedad son más evidentes en uno o más órganos de sus cuerpos.

Según el doctor Benavides los conflictos biológicos que originan y desencadenan esta “enfermedad psicosomática”, denominada por los psiquiatras como esquizofrenia, son:

Terribles carencias de amor, afecto, atención, [pues los individuos que padecen la enfermedad] nunca desarrollaron estos conceptos y en el momento de compartir con otras personas son incapaces de hacerlo y se muestran egoístas y celosas. Esto produce [en ellos] varios conflictos biológicos al no poderse adaptar en su medio social, porque son excluidos o rechazados por sus conductas egoístas y este sufrimiento, programa con información negativa las células y tejidos cerebrales, que luego terminan afectando también algunas de sus funciones orgánicas (comunicación personal, 20 de abril, 2008).

Me dijo el doctor Benavides en una ocasión que su concepción sobre las “enfermedades mentales”, la cual es la misma de Harmer, difiere de la noción promulgada por la psiquiatría, puesto que ésta sólo la contempla en un plano psíquico, y él las considera “enfermedades psicosomáticas”. En el caso de Julián los “conflictos biológicos” que desarrollaron su enfermedad, según el doctor Benavides, fueron: el abandono de su padre cuando aún era un pequeño niño, los maltratos periódicos de su madre y su propia incapacidad afectiva como esposo y padre.

El proceso de curación empleado por el doctor Benavides consistió en “desintoxicar” a Julián no de las drogas que había consumido esporádicamente, sino del tratamiento psiquiátrico a través de psicofármacos. Julián me comentó que la primera recomendación dada por su nuevo doctor consistió en hacer rutinariamente ciertos ejercicios de respiración y también físicos. Asimismo, le indicó que siguiera una rigurosa dieta vegetariana complementada con vitaminas y minerales como el zinc, el potasio y el fósforo (comunicación personal, 15 de marzo, 2008).

Durante las consultas Julián, al igual que sucedió con María, cuyo caso fue expuesto en el capítulo cuarto, recibió un tratamiento biomédico con los giradiscos y los poliedros, al tiempo que tomó las fórmulas homeopáticas del padre González, Hahnemann, Schüssler y extractos de plantas (valeriana, manzanilla y toronjil, entre otras). Todo el proceso de recuperación se llevó a cabo durante más de veinte sesiones, al comienzo semanales, y luego quincenales o mensuales a medida que Julián “logró estabilizar su energía mental y corporal” (comunicación personal, 15 de marzo, 2008).

En las primeras sesiones estuvieron presentes doña Gladis y Marcela, como requisito indispensable para llevar a cabo la “resolución” de los “conflictos biológicos” de Julián. Se inició un proceso de perdón entre madre (doña Gladis) e hijo, y entre esposa (Marcela) y esposo (Julián). El padre de Julián no participó de estas sesiones. Después del tratamiento del doctor Benavides, Julián lo siguió visitando periódicamente pero en calidad de amigo y, como vimos, se entabló una amistad que se ha mantenido hasta el presente. En el momento que conocí a Julián durante el mes de febrero de 2008, él no creía en la “esquizofrenia” como enfermedad y, en cambio, había adoptado la concepción médica del doctor Benavides sobre su enfermedad: “múltiples conflictos biológicos con incidencia psicomática moderada” (comunicación personal, 23 de febrero, 2008).

La persuasión simbólica de Julián sobre los tratamientos “etnomédicos” del doctor Nelson David Benavides se vio reforzada o mediada por su madre y su esposa. Ellas fueron las encargadas de impulsarlo para que empezara y se mantuviera en el tratamiento, pues creyeron a la par que el doliente en la eficacia de este sistema terapéutico “híbrido”.

Aunque la enfermedad de Julián tuvo una repercusión grave sobre su cuerpo y mente, logró derrotarla, como sucedió con María, y a su vez, consiguió “reconstruir” su mundo a partir de esta vivencia y del proceso mismo de curación. No obstante, es necesario aclarar que el caso de Julián, en lo referente a su experiencia con la medicina clínica o académica, difiere sustancialmente en la manera cómo vivió su hospitalización respecto a los casos de Pedrito y de María. Esta fue en un hospital psiquiátrico y en contra de su voluntad. Además, su introversión y exclusión del mundo fue radical o total por los efectos de los fármacos psiquiátricos ingeridos durante su estadía en el hospital, proceso reforzado por las mismas medidas de seguridad del establecimiento.

Conclusiones

En primera instancia, se estableció cómo los modelos de representación de las “enfermedades mentales” de los conquistadores se fueron paulatinamente imponiendo a la vez que imbricando con los esquemas de representación indígenas, africanos y, finalmente, con el de la nueva población mestiza. Sin embargo, todo el cúmulo de prácticas y de concepciones (mágico-religiosas) de la medicina tradicional de dichos grupos étnicos consiguió pervivir junto con la terapéutica (popular, religiosa y médica) traída por los colonizadores, pese a la persecución sistemática emprendida por las autoridades (civiles y eclesiásticas). Asimismo, para este periodo y sobre todo, a partir del siglo XIX, se fueron delineando en el actual territorio colombiano ciertas políticas estatales de recogimiento y confinamiento sistemático de los elementos sociales indeseados (entre estos, los “locos”), que encontraron respaldo en la ciencia médica y en el sistema jurídico.

Hacia el final del periodo republicano en Colombia, la medicina académica empezó a separarse de las nociones mágico-religiosas de la “enfermedad mental” (aportadas principalmente por la Iglesia católica) y paulatinamente fue estilizando y diversificando los mecanismos de anulación del “enfermo mental”. En relación con el trato jurídico de los “enfermos mentales” en general, sustentado en buena medida por la psiquiatría, debe anotarse que no fue distinto al condenar a este sector de la población a la exclusión social (en el caso de los no criminales) y al encierro indeterminado (para los criminales). Únicamente hacia el final del siglo XX, las disposiciones estatales y jurídicas estipularon, en teoría, un cambio sustancial en el trato penal de los “enfermos” (el tiempo de reclusión dejó de ser ambiguo), en tanto que establecieron una “rehabilitación mental” acorde a las necesidades clínicas de cada individuo.

Empero, el debate entre el movimiento antipsiquiátrico y los defensores de la psiquiatría ha aportado valiosos elementos para la comprensión (en el plano internacional y nacional) tanto del mundo vital de cada paciente, como de las distintas “patologías mentales”, hasta el punto de cuestionar su existencia y la veracidad médica de las terapéuticas empleadas por la psiquiatría. Del mismo modo, debe anotarse que el sistema de salud mental colombiano aún no tiene en cuenta las particularidades sociohistóricas y culturales de los pacientes (Uribe, 1999).

al tiempo que sigue subestimando y marginando las distintas terapéuticas empleadas por la medicina tradicional sobre los “males del alma” (Pinzón y Suárez, 1992; Uribe, 2003).

Pese a esta realidad social, también se comprobó que a través de la experiencia del doctor Benavides, la medicina tradicional no solo ha logrado mantenerse en el ambiente de competitividad comercial frente a las demás ofertas terapéuticas bogotanas, sino que también sigue en una constante dinámica de actualización de los conocimientos médicos. Así, el doctor Benavides ha logrado una alianza *táctica* para contrarrestar a sus contradictores y a las autoridades del sistema de salud, al asociarse con médicos académicos en una misma clínica, lo cual demuestra que la brecha entre la medicina académica y tradicional cada vez es menor. Prueba de esta reciente alianza también la ofrece la Universidad Nacional de Colombia, como se anotó en el tercer capítulo de la investigación, al ofrecer el programa de la Maestría en Medicina Alternativa.

La doctora Ana Ligia Arango y el doctor Nelson David Benavides, quienes probablemente han sido las primeras personas en el país en autodenominarse “etnomédicos” a partir de la década del noventa, han incorporado distintos “conocimientos” o “saberes” de la medicina académica y, sobre todo, tradicional colombiana, latinoamericana, occidental y oriental. Tal proceder responde a los flujos sociales, económicos, culturales y políticos del mundo globalizado y globalizante.

Aunque este proceso de incorporación de los sistemas terapéuticos extranjeros implique la pérdida de varios elementos de los esquemas médicos de los grupos étnicos “originarios”, incluso su extinción total, que poblaron a nuestro país hace 400 o más de 500 años atrás, no se puede desconocer que las transformaciones en los cuatro órdenes mencionados arriba, propician, a su vez, la interacción de las concepciones y de las prácticas médicas, en cuya dinámica indudablemente se incorporan y también se transmiten “saberes” y “conocimientos”. De este modo, los doctores Arango y Benavides han intentado divulgar la importancia del legado médico indígena (propiedades terapéuticas de los giradiscos y de la Cruz Andina), afrodescendiente (ritos de curación a través de los orishas) y mestizo (conocimientos herbolarios empleados por varios grupos étnicos y ritos de curación con santos regionales, como las tres potencias) en diversos lugares del mundo. Igualmente, se han apropiado de algunas técnicas constitutivas de los sistemas médicos extranjeros, como la acupuntura de la medicina tradicional china, la Nueva Medicina Germánica, las terapias bioenergéticas académicas y tradicionales (curación cuántica, vibracional, ayurvédica y acupuntura) y la homeopatía (académica y tradicional) de Occidente.

A lo largo de mi trabajo de campo (entre abril de 2007 y mayo de 2008) comprobé que las concepciones y las prácticas médicas que más caracterizan e identifican al doctor Benavides pertenecen al sistema de la medicina tradicional indígena, tales como los giradiscos de la cultura Piartal-Tuza y la Cruz Andina. De manera complementaria a este sistema, el doctor Benavides ha adoptado los conocimientos y técnicas terapéuticas del sistema bioenergético (académicos y tradicionales) y de la Nueva Medicina Germánica.

En concordancia con lo anterior, el “etnomédico” como una modalidad reciente del curanderismo urbano es una denominación apropiada, pues da cuenta de su hibridez sociocultural y espacial, así como de su grado de interacción con otros grupos étnicos y de sus respectivos sistemas médicos. La figura del etnomédico se diferencia sustancialmente de las demás modalidades de curanderos reportadas por Gutiérrez (1961, 1985) o de las documentadas por Pinzón y Suárez (1988, 1991, 1992), puesto que éstas no conjugaban concepciones o prácticas médicas del Lejano o Medio Oriente.

Además, los curanderos urbanos anteriores a la década del noventa investigados por los académicos en mención se encontraban aún localizados territorialmente, y en el mejor de los casos, sus actividades médicas lograban trascender las fronteras de los países vecinos como Panamá, Venezuela o Ecuador. Ahora, tomando como muestra representativa al etnomédico objeto-sujeto de estudio, se puede establecer que el curandero contemporáneo realiza viajes intercontinentales y está dispuesto a mostrar su conocimiento a través de publicaciones, charlas o entrevistas en diferentes lugares del mundo. Otra diferencia importante es que el curandero contemporáneo recurre cada vez menos a las prácticas rituales, a los poderes mágicos y a la mediación de las drogas alucinógenas entre el mundo real y el sobrenatural.

En el caso de las “enfermedades” que la psiquiatría ha establecido como “mentales” y la medicina tradicional como “males del alma”, el doctor Benavides, por su lado, las concibe como “enfermedades psicosomáticas”, que fueron causadas por distintos “conflictos biológicos”, acorde a los postulados de Ryke Geerd Harmer. En el caso de las enfermedades cuya “repercusión somática” es mayor, aunque también de origen “psíquico”, el doctor Benavides concibe que fueron causadas por un único evento traumático.

Acerca de los pacientes tratados por el doctor Benavides, logré documentar tres experiencias y, específicamente, establecer los modelos de representación de sus enfermedades. En primer lugar, abordé el caso de “María”, quien fue diagnosticada con “cáncer de piel” o “melanoma en su dedo índice” y posteriormente en toda su mano (derecha) por médicos facultativos, lo cual la condujo a una “depresión”. Sin embargo, para ella y sus familiares, la causa de dicha enfermedad tenía su origen en las fuerzas oscuras de la “brujería”. Para el doctor Benavides, el cáncer de María lo produjo la “psicomatización” del evento traumático que experimentó por la traición de su pareja. De manera simultánea, se estableció que generalmente se le atribuye a la mujer proveniente de los sectores populares el hecho de asociar sus problemas afectivos o contradicciones existenciales a los poderes maléficos de la “brujería” o “hechicería”. Empero, esta creencia ha calado indistintamente en los diferentes sectores y grupos sociales colombianos, y se ha mantenido como una forma de zanjar conflictos o perjudicar a los enemigos. El modelo de representación de María sobre su enfermedad, plasmado en buena medida en el dibujo que realizó al respecto, evidenció su creencia en la “brujería” dirigida por la amante de su pareja. A pesar de que fue influenciada por un pariente para contrarrestar esos maleficios a través de un conjuro, optó por no hacerlo y gradualmente fue adoptando otro tipo de explicaciones de su enfermedad, como la aportada por el doctor Benavides.

El segundo caso abordado fue el de “Pedrito”, el niño de ocho años de edad diagnosticado por médicos académicos con “leucemia aguda mieloblástica”, pero cuyos padres y allegados creyeron que se había desarrollado por causa del llamado “mal de ojo”. El doctor Benavides detectó que el “conflicto biológico” del pequeño se había originado por el abandono intempestivo de la madre, en medio de una situación violenta y atroz. El padre de Pedrito, a pesar de haber recibido los conceptos médicos de los doctores académicos y del doctor Benavides, no cedió y se mantuvo en la creencia de que la enfermedad de su hijo obedecía al “mal de ojo”, causado por la “mirada celosa” y “dañina” de su vecina. No obstante, el dibujo realizado por Pedrito sobre su estado expresa en gran medida la falencia afectiva que le había causado el abandono de su madre, y el contraste entre el niño saludable y el enfermo que en ese momento era.

Además de estos dos esquemas mágico-religiosos, también se logró documentar un modelo médico-académico, o mejor, psiquiátrico. Este fue el caso de “Julián” a quien los psiquiatras le diagnosticaron “esquizofrenia”, dictamen que él asumió o creyó en ese momento. Posteriormente, Julián adoptó el concepto médico dado por el doctor Benavides sobre su enfermedad: “múltiples conflictos biológicos con incidencia psicosomática moderada”. También el dibujo de Julián representa fielmente el estado de soledad e impotencia que vivió durante su enfermedad, pero particularmente el tiempo que estuvo internado en el Hospital Psiquiátrico de Boyacá.

Llama la atención que en los tres casos fueron los familiares de los dolientes quienes les sugirieron o condujeron a uno u otro sistema terapéutico. Es decir, la persuasión simbólica operó primero en los parientes y luego en los enfermos que eran muy jóvenes y en el caso de Pedrito, un niño. La inclinación de los familiares por el sistema “etnomédico” de Nelson David Benavides encuentra su explicación no tanto en el hecho de que se tratara de la última opción que les quedaba, sino en que esta oferta terapéutica conjugaba códigos o elementos de múltiples sistemas médicos (tradicionales y académicos) y también de esquemas mágico-religiosos. En suma, esta *eficacia simbólica* obró primero en los familiares y, luego, en los propios enfermos.

En los casos de María y de Julián se constató que después de afrontar la interrupción o la “destrucción” de sus respectivos proyectos vitales por causa de la enfermedad, lograron finalmente “reconstruirlos” a partir de la experiencia del dolor y de la curación. En el caso de Pedrito, aunque luchó tenazmente en contra de su enfermedad crónica, no tuvo la oportunidad de recobrase físicamente. Sin embargo, la actitud de sus familiares o allegados, así como el último tratamiento terapéutico (el “etnomédico”) que recibió el niño, estuvieron encaminados a darle una “transición” pacífica y no tan dolorosa hacia la muerte.

No puede dejar de anotarse que si bien los médicos, chamanes, curanderos y santeiros, entre otros, transitan constantemente el mundo de la enfermedad y la muerte, el científico social que se ocupa de este campo de estudio tampoco puede escapar a estas “fases” o “dimensiones” de la vida, en el momento de documentarlas y luego, al interpretarlas o teorizarlas. En esta investigación, a pesar de que intenté entender el sistema etnomédico del doctor Benavides, como si fuese su aprendiz, debo confesar que estuve lejos de cumplir con esta tarea, y con mucho esfuerzo logré dar

cuenta de las concepciones y las prácticas más representativas de su acervo médico. También fue difícil comprender la dimensión simbólica (pensamientos, ideas, mitos, sentimientos y emociones) de los pacientes tratados, con el fin de establecer los respectivos modelos de representación de sus enfermedades, pues las pocas entrevistas que tuve con ellos fueron condicionadas por el mismo drama de sus padecimientos, y en el caso de “Pedrito”, por su muerte.

Finalmente, admito que en este trabajo fueron más los argumentos expuestos en contra de la medicina biomédica o de la psiquiatría como sistemas terapéuticos, comparadas con las posiciones a favor sobre éstas, pero lo hice con el ánimo de relativizar su eficacia médica frente a otros sistemas médicos o terapéuticos; entre éstos, naturalmente el esquema etnomédico, en notable desventaja frente a un conocimiento hegemónico e institucionalizado como el psiquiátrico. El grado de validez o de persuasión simbólica y real de uno u otro sistema médico se encuentra estrechamente relacionado con los modelos de representación social de los males o las enfermedades de cada doliente: el mágico-religioso y el facultativo o académico. Por tanto, el problema de fondo consiste en mostrar con hechos y argumentos cómo un conocimiento que se fue haciendo hegemónico en un lapso de más de cien años, ha empezado a ser cuestionado por distintos sectores académicos y sociales, en tanto que las terapéuticas de la medicina tradicional comienzan a reevaluarse de manera positiva o ascendente.

Epílogo

Es preciso anotar que desde la culminación de esta investigación en el año 2012 hasta el presente han surgido algunas publicaciones que constatan la pertinencia y vigencia de las temáticas abordadas en el este trabajo. La primera de ellas consistía en el análisis y contraste entre el modelo sobre las “enfermedades mentales” adoptado por la cultura occidental u occidentalizada y el esquema de los “males o afecciones del alma” con incidencia en la mente concebido por los pueblos o sociedades no occidentales.

De este modo, aunque se ha analizado en la presente investigación el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* número 4 (DSM-IV por su sigla en inglés), como uno de los referentes importantes del modelo clínico norteamericano, en mayo de 2013 se publicó el DSM-V en donde aparece una actualización en la clasificación de los trastornos mentales y las respectivas descripciones de las categorías diagnósticas según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría¹.

Otro informe inscrito en este esquema clínico que se ha publicado recientemente es la *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015* (Ministerio de Salud y Colciencias, 2015), en el cual, además de llamar la atención sobre la situación de la salud mental de los colombianos², se establece que la población encuestada mayor de 18 años es cada vez mas indiferente a las “emociones negativas” de sus conciudadanos³.

¹ Aunque el DSM-V mantuvo el mismo número de trastornos mentales (374) respecto a la edición precedente, si se produjo una organización diferente al agrupar los relacionados con el neurodesarrollo (espectro autista, déficit atencional e hiperactividad, entre otros) y separar los trastornos del ánimo entre los bipolares y los depresivos (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014). También la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE-10 por su sigla en inglés) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y de la cual se hacen algunas referencias en este libro, ha anunciado su entrega número 11 para el año 2017.

² De acuerdo con esta encuesta el 5% de la población infantil colombiana (entre los 7 y 11 años) tiene o ha tenido algún tipo de trastorno mental en los últimos doce meses, mientras que el 8,2 % de la población adulta masculina (de los 18 años en adelante) y el 9,1% de la femenina han padecido trastornos mentales a lo largo de toda su vida (Ministerio de Salud y Colciencias, 2015).

³ Solo el 19,7 % de la población encuestada “reconoce los rostros de miedo [en otras personas], el 21,8 % de asco y 27,4 % de tristeza” (Ministerio de Salud y Colciencias, 2015, p.86).

De otro lado, los trabajos en antropología médica sobre el modelo clínico⁴ o el tradicional⁵ que guardan relación con esta investigación, no han proliferado significativamente en Colombia en los últimos cuatro años y prácticamente se mantienen los mismos estudios reseñados en el capítulo dos o citados a lo largo del texto.

Finalmente, el análisis de la figura del “etnomédico” o “neochaman”, quien conjuga estratégicamente las concepciones y prácticas médicas académicas y tradicionales (de distintos orígenes culturales), así como la identificación de los modelos “híbridos” de representación social de las enfermedades y padecimientos de sus pacientes, siguen siendo los principales aportes de esta investigación a la comunidad académica.

4 Sobre este campo de estudio véase a: María Ospina (2011) y Carlos Uribe (2015).

5 Al respecto ver: Maurizio Ali (2011), Jaiberth Cardona (2012) y Luis Castro y María Ortiz (2014).