

FABIÁN LEONARDO BENAVIDES SILVA

ENTRE LA RAZÓN Y LA SINRAZÓN

¿Enfermedades mentales
o males del alma?



Entre la razón y la sinrazón
¿Enfermedades mentales o males del alma?

Entre la razón y la sinrazón

¿Enfermedades mentales o males del alma?

Fabián Leonardo Benavides Silva



Benavides Silva, Fabián Leonardo

Entre la razón y la sinrazón: ¿Enfermedades mentales o males del alma? /
Fabián Leonardo Benavides Silva. — Bogotá : Universidad Santo Tomás, 2016.
108 páginas, ilustraciones a color.

Incluye referencias bibliográficas (páginas 104-108)

ISBN 978-958-631-928-7

1. Racionalidad (Filosofía) 2. Terapia 3. Bien y mal 4. Enfermedades mentales I. Universidad Santo Tomás (Colombia).

CDD 615.856

Co-BoUST



© Fabián Leonardo Benavides Silva
© Universidad Santo Tomás

Ediciones USTA

Carrera 9 n.º 51 - 11

Bogotá, D. C., Colombia

Teléfono: (+571) 5878797, ext: 2991 editorial@usantotomas.edu.co

<http://ediciones.usta.edu.co>

Dirección editorial: Matilde Salazar Ospina

Coordinación de libros: Karen Grisales Velosa

Asistente editorial: Andrés Andrade

Diagramación: Alejandra Anzola Bravo

Diseño de cubierta: Kilka Diseño Gráfico

Corrección de estilo: Ángela María Guerra

Hecho el depósito que establece la ley

ISBN: 978-958-631-928-7

Primera edición: 2016

Esta obra tiene una versión de acceso abierto disponible en el Repositorio Institucional de la Universidad Santo Tomás: <https://doi.org/10.15332/li.lib.2016.00102>

Todos los derechos reservados.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier medio, sin la autorización previa por escrito de los titulares.



A mi amada e incondicional esposa Yenny y a nuestro pequeño gran hijo, Yeray. Sin el esplendor de sus vidas, los trayectos que emprendo día a día no tendrían sentido. Igualmente, toda la gratitud y el amor del mundo para mis padres, Myriam e Irenarco.



Índice

Agradecimientos.....	9
Prólogo	11
Introducción	13
<i>Concepciones y prácticas sobre los "males del alma" o</i> <i>las "enfermedades mentales" en Colombia</i>	<i>21</i>
Periodo hispánico	21
Periodo republicano	27
Arribo de la medicina psiquiátrica al país	29
<i>La medicina tradicional y la psiquiatría en el debate académico</i>	<i>35</i>
El debate en el plano internacional	35
El debate en Colombia	38
<i>El quehacer de un curandero urbano</i>	<i>41</i>
El Lavapatas y los giradiscos	47
La Cruz Andina	50
La curación cuántica y la Nueva Medicina Germánica	50
Homeopatía y otros sistemas bioenergéticos de la medicina tradicional: vibracional, ayurvédica y acupuntura.....	51
Los orishas	53
<i>"Embrujo"</i>	<i>55</i>
El caso de "María"	56
La enfermedad	57
El tratamiento.....	63
<i>"Mal de ojo"</i>	<i>67</i>
El caso de "Pedrito"	68
La enfermedad	69
El tratamiento.....	72
<i>"Esquizofrenia"</i>	<i>77</i>
El caso de "Julián"	82
La enfermedad	83
El tratamiento.....	87
Conclusiones.....	91
Epílogo	97
Anexos	99
Anexo 1: Artículo "Los orígenes de la Medicina en Iberoamérica"	99
Anexo 2. Artículo "Unos 'giradiscos' de hace 2.000 años revelan los métodos curativos de los chamanes"	100
Anexo 3. Artículo "El poder de los discos mágicos"	101
Anexo 4. Carátula del libro "Los Aborígenes Americanos y las Raíces de la Medicina."	102
Referencias	103

Agradecimientos

Agradezco inmensamente a Marta Zambrano Escovar y a Andrés Salcedo Fidalgo, docentes de la Maestría en Antropología de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, por las oportunas y acertadas sugerencias que le dieron mayor soporte y estructura a esta investigación. Desde luego, estaré siempre en deuda con el profesor Roberto Pineda Camacho, por todos sus aportes teórico-metodológicos y la paciencia que me tuvo para sacar adelante el trabajo que presento a continuación.

Mi más sincera gratitud y reconocimiento al doctor Nelson David Benavides Vargas, a sus pacientes y a los familiares o allegados de éstos por compartirme parte de sus historias de vida y el drama ocasionado por las enfermedades o padecimientos que debieron enfrentar.

Manifiesto todo mi agradecimiento a la Universidad Santo Tomás por apoyarme con la publicación de este trabajo y de manera muy especial, al Rector General, padre Carlos Mario Alzate Montes, O. P. (período 2011-2015), por avalarlo, así como por depositar su confianza en los proyectos y tareas de investigación que hemos emprendido juntos en los últimos años en el Instituto de Estudios Socio-Históricos Fray Alonso de Zamora. Al director de Ediciones USTA, Daniel Mauricio Blanco Betancourt y a todo su equipo de trabajo, principalmente a Marco Tulio Giraldo Barreto y a Lorena Castro Castro por la detallada, impecable y magnífica labor de edición de este libro. Finalmente, a mis grandes amigos y colegas, Andrés Mauricio Escobar Herrera y Daniel Esteban Unigarro Caguasango, por el constante apoyo moral y los invaluable aportes en los campos de la historia y de la antropología médica para llevar a buen término mi investigación.

Prólogo

Esta investigación indaga sobre el tratamiento de enfermedades vistas por la biomedicina como mentales y por las medicinas tradicionales como males del alma. Se interesa en particular por un sistema curativo que combina estas dos perspectivas, en fluctuación entre lo “clínico” y lo “no clínico”, entre la razón y la creencia. De manera específica, se enfoca en la vida, en las concepciones y prácticas terapéuticas de Nelson Benavides, artista plástico y curandero boyacense radicado en Bogotá, en sus representaciones sociales de la enfermedad y en las de algunos de sus pacientes.

Durante el periodo de trabajo de campo, Fabián Benavides entrevistó varias veces al doctor Benavides y, gracias a su intermediación, logró conversar de manera libre con tres de sus pacientes: “María” una joven (al parecer, afrocolombiana), de Buenaventura, aquejada por brujería/melanoma; “Pedrito”, niño bogotano, afectado por mal de ojo/leucemia; y “Julián”, joven tunjano, residente en Bogotá, diagnosticado como esquizofrénico. Las conversaciones con ellos se centraron en las narrativas sobre sus padecimientos, vinculadas con sus trayectorias vitales. Durante sus encuentros, a petición del investigador, cada uno de ellos hizo un dibujo sobre su enfermedad, lo que resultó en unas piezas sugerentes para el análisis.

El libro explora y documenta a la vez la transformación contemporánea de las medicinas híbridas que, además de conjugar prácticas y concepciones académicas y tradicionales, europeas, indígenas y afro, se inserta ahora en la circulación transnacional de saberes y médicos, e incorporan acervos nuevos, principalmente del Medio y el Lejano Oriente. En coincidencia con el doctor Benavides, quien se presenta a sí mismo como “etnomédico”, tales prácticas podrían denominarse como “etnomedicinas”. Para contextualizar y profundizar en este asunto, Fabián Benavides emprende una exploración retrospectiva de la historia de la “enfermedad mental” y de la persistente presencia de curanderos en Colombia. Así, con base en una revisión bibliográfica amplia y sugerente, revela algunas concepciones y prácticas mágico-religiosas, jurídico-estatales y médicas desde el periodo de dominación española hasta la actualidad (capítulo 1). Esto lo complementa con

el estado actual de las discusiones sobre las enfermedades mentales en psiquiatría y sus carencias frente a la determinación de la etiología y tratamiento, así como frente a las especificidades culturales de esas afecciones (capítulo 2).

Los cuatro capítulos centrales (capítulos 3 al 6), dedicados a la investigación de campo, tienen una estructura similar. El primero aborda las prácticas y representaciones del doctor Benavides, mientras que los siguientes tres son estudios de caso de la enfermedad y tratamiento de tres de sus pacientes. Cada capítulo introduce la enfermedad y tratamiento de tres de sus pacientes. Asimismo, introduce las representaciones sociales objeto de indagación, desde una perspectiva antropológica e histórica general, para situarlas en la trayectoria vital específica de los sujetos de estudio. Los apartes dedicados a los pacientes están divididos, a la vez, en enfermedad y tratamiento, organización que facilita la lectura.

El abordaje de esta indagación resulta revelador, en cuanto combina la antropología y la historia, el contexto sociocultural y las especificidades de los sujetos. En relación con este aspecto, destaco el diálogo que el autor establece entre antropología y medicina académica y la manera como sitúa los alcances y falencias de la psiquiatría contemporánea. Sobre todo, me parece que hace una buena tarea al detenerse en la relación entre paciente y doctor, y en la importancia de la *eficacia simbólica*, propuesta hace varios decenios por Claude Lévi-Strauss (1968 [1958])*. En este caso, Fabián Benavides la lleva a otro lugar, pues no implica, como en el caso del parto difícil analizado por Lévi-Strauss, compartir y ratificar un código sino una “hibridación” de códigos, un punto central de esta tesis. Este es a la vez uno de los puntos más sobresalientes de esta investigación.

Además de los méritos del trabajo de investigación interdisciplinar, que navega con soltura entre la antropología y la historia, este trabajo incita a la lectura y provoca la reflexión por la fluidez de la escritura y ante todo por sus argumentos que revelan los íntimos lazos entre diadas que hemos aprendido a ver como separadas: cuerpo y alma, enfermedad y padecimiento, o la razón y la sin razón, como reza el título del libro.

Marta Zambrano
Profesora Asociada del Departamento de Antropología
Facultad de Ciencias Humanas
Universidad Nacional de Colombia

* Referencia: Lévi-Strauss, Claude. (1968 [1958]). “La eficacia simbólica”. En *Antropología estructural*. Trad. Eliseo Verón. Buenos Aires, Editorial Eudeba, pp. 168-185.

Introducción

Una de las principales motivaciones de esta investigación es la falta de estudios en las ciencias humanas sobre los "males del alma" o las "enfermedades mentales" en Colombia, tanto en los campos de la medicina tradicional como en el de la medicina académica. A pesar de que el tema en mención ha sido tratado en varios trabajos, aparece generalmente de forma tangencial y en función de otros temas e intereses intelectuales. De manera concreta, han publicado desde la perspectiva psiquiátrica los siguientes autores: Rosselli (1968), Herrera y Martínez (1981) y Uribe (1997, 1999, 2001). En relación con el campo de la medicina tradicional, se cuenta con las investigaciones de: Gutiérrez (1961, 1985), Taussig (1987), así como las de Pinzón y Suárez (1988, 1990, 1992). De todos los estudios citados, solo los de Uribe (1997, 1999, 2001), así como el de Pinzón y Suárez (1988), han abordado el caso específico de Bogotá.

Por otro lado, la "locura" se ha posicionado como una de las patologías humanas que más aquejan a la sociedad colombiana (MPS, 2005)¹ y al mundo en general (OMS, 2004, 2005)². Por tal motivo, hacer una investigación antropológica sobre las "enfermedades mentales" o "males del alma" no solo implica hacer un ejercicio puramente académico de observación de las diferentes concepciones o tratamientos propuestos por la medicina tradicional, sino que, a su vez, exige

¹ El estudio realizado por el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, durante los años 2003 y 2004, demostró que de 4544 adultos (entre los 18 y 65 años de edad, y pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos), un 40% de esta población tuvo algún trastorno emocional y del comportamiento en un momento determinado de su vida, el 19% sufrió cierto tipo de trastorno de ansiedad, el 15% experimentó trastornos de tipo afectivo (diferentes tipos de depresión ó trastorno afectivo bipolar) y el 10% ha sufrido trastornos por uso de sustancias por un determinado tiempo. De esta manera, en los hombres el trastorno más común es el abuso del alcohol y en las mujeres el más frecuente es la depresión mayor.

² El informe de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental del año 2004, que es la estadística más reciente publicada por la organización, sostiene que aproximadamente 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que otros 25 millones de habitantes del orbe padecen de esquizofrenia. En el último *Atlas de Salud Mental* publicado por la misma OMS (2005), se estimó que la cobertura en políticas sobre salud mental por regiones en el mundo era la siguiente: África, 50,0; América, 72,7; Mediterráneo Oriental, 72,7; Europa, 89,1; Asia Sudoriental, 54,5; Pacífico Occidental 48,1. En promedio, el 62,1 de la población mundial goza de este tipo de cobertura.

“describir densamente” aquel complejo entramado simbólico, parafraseando un poco a Geertz (1993), de las expresiones identitarias o culturales urbanas estudiadas y en un medio social particular.

Mi propósito fue hacer una investigación antropológica sobre las “enfermedades mentales” o “males del alma” en la ciudad de Bogotá, pero centrada en un tipo de medicina que se ha denominado “híbrida” en nuestro país, puesto que oscila entre lo “clínico” y lo “no clínico”, o entre la “razón” y la “creencia” (Uribe, 1998). De ahí el título de esta investigación, el cual, en un juego de palabras, “enfrenta” el paradigma ilustrado (positivista) de la razón con aquel paradigma que se inscribe más en el orden del saber tradicional o popular. Del mismo modo, así como el concepto de “enfermedad mental” ha sido acogido más por la práctica médica clínica desde el siglo XIX (Szasz, 1961, 1970; Foucault, 1963, 1964), la noción de “males del alma” se ha asociado de manera general a la medicina tradicional (Gutiérrez, 1961; Uribe, 1998). Sin embargo, las dos designaciones hacen referencia a las enfermedades, que de una u otra forma, tienen repercusión sobre las mentes de los seres humanos.

Me incliné particularmente por el estudio de las concepciones y las prácticas terapéuticas empleadas por un curandero urbano, en el tratamiento y prevención de las “enfermedades mentales” o “del alma”. Este personaje conjuga de manera estratégica técnicas terapéuticas tanto de la medicina clínica, como de la medicina tradicional (ambas de diversos orígenes culturales), lo cual permite ubicarlo, sin temor a equivocaciones, en el tipo de medicina “híbrida” descrita arriba.

También intenté establecer los *modelos de representación social*³ de dicha enfermedad con tres pacientes, quienes fueron tratados por el curandero urbano sujeto/objeto de estudio. Con este recurso buscaba constatar la pervivencia y la circulación de “creencias” o de “saberes”, susceptibles a posibles expresiones sincréticas, sobre el tema propuesto en la sociedad capitalina.

Mi experiencia durante el trabajo de campo me sometió indudablemente a constantes dilemas y problemas teórico-metodológicos y, desde luego, personales, que pusieron a prueba mi reflexividad como antropólogo. La investigación la realicé con el curandero Nelson David Benavides Vargas y algunos de sus pacientes, a través de largas horas de observación pasiva y, en menor proporción, de observación participante. Debo anotar que el trabajo de campo lo desarrollé de manera intermitente entre abril de 2007 y mayo de 2008 en la clínica de medicina alternativa y bioenergética donde laboraba el doctor Benavides junto con otros médicos (académicos y no) y también, en ciertas ocasiones, en las residencias de los pacientes seleccionados.

3 El modelo de representación social de una enfermedad hace referencia a la manera como un sujeto o una comunidad en particular experimenta su malestar respecto a una enfermedad determinada; proceso que se evidencia en las propias narrativas de los sufrientes. Sin embargo, según Moscovici (1979) la representación social de una enfermedad se encuentra regida por dos procesos: *objetivación*, el cual hace referencia a la interiorización de una idea o concepción, y *anclaje*, cristalización de las mismas de forma subjetiva o intersubjetiva. Para un análisis detallado sobre los modelos de representaciones sociales planteados por este autor véase a Mora (2002). En el caso particular de mi investigación, estos dos conceptos me ayudaron a entender la manera en que cada paciente objeto/sujeto de conocimiento ha interiorizado o cristalizado sus concepciones sobre la “enfermedad mental”. Con base en dicha dinámica (*objetivación-anclaje*) pude establecer los diferentes modelos de representación respecto a la enfermedad (ya sean de tipo clínico, mágico-religioso, o la combinación de los dos) en los pacientes tratados por el etnomédico.

Aunque al inicio de la investigación me propuse participar de las consultas médicas, con prontitud descubrí que era mejor guardar distancia y respetar la relación, del todo íntima, que se entablaba entre el médico y su paciente, puesto que mi presencia terminaba por condicionarla o coartarla. Del mismo modo, las entrevistas efectuadas al doctor Benavides, unas de carácter médico y otras de tipo biográfico, las planteé *abiertas y profundas* (Sharon, 1980; Bogdan y Taylor, 1984) al abordar temas generales que gradualmente fui particularizando, sin perder el tono conversacional.

Con los pacientes tratados por el doctor Benavides con quienes pude realizar mi trabajo de campo, entendí, al poco tiempo de iniciar la investigación, que la mejor forma de indagar y entender las narrativas de sus enfermedades era a través de *entrevistas semiestructuradas*, en tono ameno y de corta duración, teniendo en cuenta que, por lo general, los pacientes se manifestaban o veían decaídos de ánimo, y por más tacto que tuviera, era inevitable pasar, en ocasiones, como impertinente o resultar molesto.

En cuanto a mi relación con los pacientes y como ejercicio, piense el lector en la molestia que puede llegar a despertar el simple hecho de responder a una encuesta, cuando alguien lo aborda en la calle u otro espacio público para que dé su opinión en relación con algún tema o producto comercial. En el mejor de los casos, responde impaciente o de mala gana a las preguntas del encuestador. Sin embargo, cuando está apremiado por la falta de tiempo, escamotea la encuesta con una rápida frase: “Lo siento, no puedo contestar, voy de afán”.

En más de una ocasión me sentí desairado durante mi trabajo de campo, al intentar entrevistar a personas que enfrentaban o se encontraban superando una penosa enfermedad, lo cual requirió más que paciencia, entablar un contacto cordial y, asimismo, ser capaz de mantenerlo⁴. Fue, en gran medida, gracias al doctor Benavides que logré entrevistar a varios de sus pacientes, cuando él mismo advirtió la resistencia que mostraban en el momento en el cual yo les pedía una entrevista y, decidió ayudarme. Así, el doctor Benavides, dependiendo del ánimo de sus pacientes, empezó a comentar con quienes se encontraban aquejados por alguna “enfermedad mental” o “mal del alma”, sobre el propósito de la investigación que yo realizaba en aquel momento, y en la cual, él también participaba. Su colaboración marcó sustancialmente la diferencia, puesto que en adelante, los pacientes empezaron a concederme las entrevistas que yo les solicitaba, aunque con algunas pocas restricciones que más adelante comentaré. Valga aclarar que el doctor Benavides se convirtió en mi informante clave, pues a medida que fui poniéndome en contacto con sus pacientes, él me daba a su vez un concepto médico y personal sobre cada uno de ellos.

Debo confesar también que debí cambiar el método de selección de la muestra, el cual pretendía en un principio y de manera “cientificista”, que fuera intencional: tres mujeres y tres hombres, con diferentes niveles de escolaridad, extracción socioeconómica y edad. Pero el trabajo de campo me demostró que dicho tipo

4 Este tipo de relación ideal que se puede llegar a establecer entre el entrevistador y el entrevistado fue una de las principales preocupaciones durante mi trabajo de campo, no solo con el ánimo de ganarme la confianza o establecer “rapport” con dichos informantes, sino porque era necesario para comprender su contexto socio-histórico y universo simbólico, como lo contemplaron algunos antropólogos: Davis (1979), Goffman (1979) y Hall (2003).

de muestra, aunque posible de reunir, así tuviera que esperar un buen tiempo, era caprichosa e irrelevante en la medida en que cada paciente —sujeto/objeto de conocimiento— tratado por el doctor Benavides, podía brindarle a esta investigación invaluable información etnográfica y, sobre todo, su experiencia vital como sufriente de una dramática enfermedad que no podía ser etiquetado, simple y llanamente, por su extracción socioeconómica o cultural.

Comprobé que prácticamente cualquier persona enferma, así como sus familiares, en su desesperación pueden recurrir a diversos sistemas terapéuticos —mágico-religiosos o académicos— con la esperanza de conseguir su sanación, indistintamente de la extracción mencionada arriba. Del mismo modo, fue claro para mí, una vez iniciado el trabajo de campo, que no se podía entender el drama de sus enfermedades con algunas pocas horas de conversación.

Por tal motivo, decidí concentrarme únicamente en tres pacientes tratados por el doctor Benavides y dedicarles el tiempo suficiente para comprender sus narrativas sobre la enfermedad, las cuales estaban indisolublemente atadas a sus historias de vida. Por esta razón, opté por presentar los dos elementos en mención —narrativas de la enfermedad e historias de vida— en la estructura de los capítulos en donde hago referencia a estos pacientes.

Pude documentar los casos de los pacientes gracias a que ellos decidieron compartirme, libre y espontáneamente, buena parte de sus vidas a través de conversaciones en la clínica o en sus casas, y por supuesto, como anoté anteriormente, a la mediación del doctor Benavides. La mayoría de estas personas accedieron a darme algunas entrevistas, siempre y cuando guardara cierta confidencialidad acerca de sus nombres y de algunos datos comprometedores. Aunque el doctor Benavides también me pidió total discreción acerca de su nombre cuando empecé el trabajo de campo, después de cierto tiempo desistió de la idea y terminó autorizándome a revelar toda la información recogida durante la investigación sobre su vida y práctica médica, salvo unas pocas objeciones, las cuales, iré presentado gradualmente.

Ante todo, es preciso señalar que estos casos los encontré pertinentes, al tiempo que fascinantes, para conseguir los objetivos de la presente investigación antropológica, postura que ya tendrán tiempo de juzgar o entender los lectores de este trabajo. Hubo otro grupo de pacientes que inicialmente quiso compartir conmigo sus experiencias, pero al desistir del tratamiento médico del doctor Benavides, terminé perdiendo contacto con ellos.

En relación a mi informante clave, cabe anotar que no basta con caracterizarlo o tipificarlo como un curandero urbano (o un “etnomédico” como él se autodenomina), pues comprendí que aquella “urdimbre de significados” del curanderismo tiene que ser desnaturalizada, o si se quiere, problematizada en la medida que no es un conocimiento obvio. Por el contrario, constaté a través de mi trabajo de campo cómo el curandero o el “etnomédico”, al igual que los diferentes conocimientos de la medicina académica o los saberes de la medicina tradicional colombiana (Gutiérrez, 1961), se mantiene en constante actualización y resignificación, acorde a las exigencias del mismo mundo globalizado y globalizante.

Sin embargo, la categoría de etnomédico es única e irreductible, por su origen (espacio-temporal) y por las mismas “líneas de fuerza” que la atraviesan (principalmente por la medicina indígena, oriental, africana y clínica occidental).

Confieso que la constante interlocución con el medio académico —ya fuese con autores que gozan de cierta autoridad o con mis pares— me ayudó a solventar más de un impase teórico o metodológico de la investigación. Además, comprobé que la aparición de la “etnomedicina” como conocimiento, en cuanto práctica médica, es reciente y por consiguiente es aún un terreno virgen en las ciencias sociales, lo cual significa moverse con cautela, sin o con escasos referentes teóricos. De esta forma, cabría preguntarse si el concepto de *hibridación*, en el sentido de multiculturalidad, es suficiente para explicar la combinación deliberada de prácticas y de concepciones que convergen en el curanderismo o la etnomedicina. Desde luego, creo que la etnomedicina no solo comporta “cruces” de poderes “oblicuos” en el plano sociocultural, entre lo popular y lo culto, sino que también y, como lo plantea García (1990), es una confluencia de estructuras espaciales (entre lo tradicional, moderno y contemporáneo).

Así, cuando le pregunté al doctor Benavides, qué significaba ser un etnomédico me respondió:

La raíz misma de la palabra lo dice: etno significa pueblo o etnos, pueblos. Médico, pues es la persona encargada de sanar el cuerpo, la mente o el espíritu de un enfermo. Yo soy un médico de los pueblos y tengo que emplear distintos conocimientos curativos para conseguir sanar a una persona [...] Estos conocimientos proceden de muchos lugares del mundo, pero también empleo los de mis ancestros, los indígenas. De esta manera, un etnomédico con el fin de rastrear estos conocimientos médicos también tiene que tener un poquito de historiador, antropólogo, arqueólogo y botánico. (Benavides, comunicación personal, 6 de junio de 2007)⁵

La diferencia del curandero en relación con el etnomédico radica principalmente en que el primero conjuga concepciones y prácticas médicas tanto académicas como tradicionales, pero heredadas sobre todo de los componentes étnicos occidentales, africanos e indígenas⁶. El segundo, el etnomédico, además de realizar esta combinación de “conocimientos” y “saberes” médicos, se encuentra más inserto en las dinámicas globales de circulación de la información, o simplemente es más cosmopolita que el curandero. Por tanto, incorpora deliberadamente también a su acervo médico conocimientos de distintas culturas del Medio o Lejano Oriente.

Sin embargo, se puede considerar que el curandero urbano contemporáneo está adoptando a través de los flujos mediáticos (Internet, televisión, cine, radio, entre otros) y comerciales, propios del mundo globalizado y globalizante, los “saberes” o “conocimientos” médicos de diferentes culturas, terminando por

5 Entrevista realizada al doctor Nelson David Benavides Vargas, el día 6 de junio de 2007, en su consultorio ubicado en el nororiente de Bogotá D. C.

6 Pinzón (1988) estableció que algunos curanderos bogotanos hacia finales de la década del setenta estaban incorporando más conocimientos médicos académicos en contraste con sus predecesores, al tiempo que se asemejaban a los facultativos (occidentales u occidentalizados) en su forma de vestir y en la manera de atender a los pacientes (en consultorios particulares). Lo anterior, probablemente en detrimento de los saberes de la medicina tradicional indígena o afrodescendiente, que pudieran interiorizar estos curanderos urbanos. Por otro lado, Pinzón comprobó en la red de curanderos de Bogotá, únicamente la presencia de los saberes o los conocimientos médicos mencionados atrás.

configurarse en este campo como un sujeto “híbrido” y cada vez menos localizado territorialmente. En este orden de ideas, el etnomédico sería una nueva faceta o modalidad de curanderismo bogotano y no una categoría diferente de ésta.

Es preciso indicar que entre los términos etnomédico y etnomedicina no existe ninguna relación. El primero de estos, de acuerdo a lo establecido arriba, haría alusión a la persona que conjuga concepciones y prácticas médicas de distintas culturas del mundo. Por el contrario, la segunda categoría, etnomedicina o antropología médica, se ha relacionado desde la década del sesenta del siglo pasado con una rama del conocimiento nutrida por distintos académicos (psiquiatras, médicos, sociólogos y antropólogos, entre otros), centrados en el estudio de las enfermedades en contextos culturales específicos y en las diversas maneras como los grupos sociales las han concebido e intentado contrarrestar a lo largo de la historia. Especial atención ha despertado entre los antropólogos sociales y culturales el campo de la etnomedicina de los pueblos “primitivos” y de las sociedades metropolitanas occidentales u occidentalizadas, a la cual se le ha denominado también etnopsiquiatría, aunque este último es un término menos empleado (Yanai, 1988)⁷.

En adición a lo expuesto hasta ahora, me propuse no solamente indagar sobre las concepciones y las prácticas médicas respecto a los “males del alma” o “enfermedades mentales”, empleadas por el doctor Benavides, sino también darle relevancia a su *historia de vida*. Esto me permitió comprender las particularidades de su experiencia vital y/o cultural, al tiempo que ver a través de su vida la historia social de nuestro propio país. En otras palabras, entenderlo como sujeto histórico y cultural, inmerso en diversas relaciones de poder (socioeconómicas y políticas).

También recurrí a la elaboración de diagramas, los cuales en el argot de la antropología se denominan *mapas culturales* (Ariza, 1999; Parra, 2003), tanto con el doctor Benavides como con los pacientes seleccionados. Con el doctor conseguí establecer el origen, la acción y el respectivo tratamiento de las enfermedades documentadas en la investigación, tras haberle pedido que me explicara con algunos esquemas las concepciones y las prácticas médicas empleadas por él en cada uno de estos casos. Con el grupo de pacientes, logré entender a través de los diagramas que ellos mismos realizaron las concepciones y las experiencias sobre sus “males del alma” o “enfermedades mentales”. Gracias a esta herramienta —los mapas culturales— y también a las entrevistas semiestructuradas, pude establecer el modelo de representación de la enfermedad de cada uno de los pacientes.

El libro se compone de la siguiente manera: el primer capítulo aborda las diferentes prácticas y concepciones sobre las “enfermedades mentales” o “males del alma” en Colombia a través de su historia, y particularmente, en Bogotá. Fundamentalmente, se centra en tres instancias sociales: la medicina —académica y tradicional—, la Iglesia católica y el orden jurídico-político. De este modo, se

⁷ La etnomedicina se inició específicamente en Estados Unidos, pero tomó impulso en Latinoamérica en 1970 a raíz del Primer Congreso Mundial de Medicina Folclórica, en donde se analizaron algunas prácticas médicas indígenas y de otras culturas no occidentales. Aunque la etnomedicina o etnopsiquiatría se ha vuelto un campo de estudio frecuente entre los antropólogos, es un conocimiento multidisciplinario y no puede concebirse como una rama exclusiva de la antropología, sino independiente (Laplantine, 1979).

establece el papel que han desempeñado dichas esferas sociales en la configuración e interrelación de los modelos de representación social sobre esta enfermedad en el tiempo propuesto.

En el segundo capítulo se expone el debate académico entre los defensores y los opositores de la psiquiatría, en donde se aprecia también el lugar de la medicina tradicional en dicha discusión.

El tercer capítulo, titulado “El quehacer de un curandero urbano”, presenta el esquema médico de un curandero contemporáneo, autodenominado “etnomédico”, en el comercio de las diversas ofertas terapéuticas disponibles en la ciudad de Bogotá, al tiempo que se efectúa una presentación biográfica —como sujeto cultural e histórico— de esta persona. También se resaltan las concepciones y las prácticas médicas más representativas de esta nueva figura curanderil y, en particular, las relacionadas con las “enfermedades mentales” o “males del alma”.

El capítulo cuarto, “Embrujo”, aborda el caso de una paciente en el cual se constata la manera como circulan y combinan a un mismo tiempo tres modelos sociales de la enfermedad: el mágico-religioso, el académico y el curanderil o “etnomédico”.

De igual manera, en el capítulo quinto, “Mal de ojo”, se establece la forma como transitan tres modelos de representación social, en este caso: primero, el esquema mágico-religioso de la enfermedad, asociado al “mal de ojo”, que concibe el paciente por influencia de sus familiares; segundo, el modelo de los médicos académicos que se ocuparon de este paciente y, finalmente, el sistema “etnomédico”.

El capítulo sexto, “Esquizofrenia”, presenta la experiencia de un paciente que creyó padecer esquizofrenia, de acuerdo al diagnóstico dado por los psiquiatras que lo trataron y, por otro lado, las concepciones y prácticas del etnomédico sobre el mismo caso.

En la última parte se plantean las conclusiones de la investigación, resaltando los aportes y las falencias del trabajo teórico y de campo, sin descartar la experiencia subjetiva e intersubjetiva del investigador a lo largo de todo el proceso.

Concepciones y prácticas sobre los "males del alma" o las "enfermedades mentales" en Colombia

El presente capítulo busca establecer las diferentes concepciones y prácticas sobre los "males del alma" o "enfermedades mentales" en Colombia, a través de los periodos hispánico, republicano y contemporáneo. Particularmente, se establecen los modelos de representación social respecto a dichas enfermedades o males, emanados de tres instancias o esferas sociales durante el tiempo estudiado: la medicina (académica y tradicional), la iglesia y el orden jurídico-político. La hipótesis que se intenta demostrar en estas páginas es que los modelos de representación social de las "enfermedades mentales" en Colombia se fueron configurando, muy gradualmente, tanto a partir de los elementos constitutivos (concepciones y prácticas) del esquema traído por los occidentales (especialmente los españoles), como de los componentes que hacían parte de los modelos indígenas, afrodescendientes y mestizos de dichos males o padecimientos.

Adicionalmente, en este apartado se pretende evidenciar que en el largo proceso de fusión e imbricación de representaciones sociales sobre las "enfermedades mentales" en nuestro país, el Estado fue delineando una política de exclusión y de represión del "enfermo mental", que con el devenir del tiempo se ha perfeccionado o tornado implacable. Sin embargo, la medicina tradicional (indígena, afrodescendiente y mestiza) en su papel de prevención y curación de los "males del alma" o las "enfermedades mentales", también ha diseñado diversas *tácticas* frente a las *estrategias*¹ llevadas a cabo por dicho poder hegemónico, con el fin de ejercer sus "saberes" y prácticas médicas en los diferentes sectores sociales colombianos.

Periodo hispánico

A través del desarrollo de la cultura occidental, la "enfermedad mental" ha tenido diversos modelos de representación social. Desde la total y absoluta aversión que profesaron algunos sistemas filosóficos y teológicos medievales o renacentistas

¹ En esta investigación se emplearán los conceptos de *táctica* y *de estrategia* de Michel de Certeau (1996): el primero de éstos, para explicar la actitud tanto pasiva como activa (resistencia, rebelión, formas discursivas o retóricas contrahegemónicas, entre otras) de la cultura popular y en particular, de los representantes de la medicina tradicional frente al gobierno nacional y el segundo, con el ánimo de develar los mecanismos empleados por el mismo Estado para legislar o contrarrestar el pensamiento y las acciones de la cultura popular.

que veían en dicha “enfermedad”, ya una alteración del orden natural, ya una marca incuestionable de la justicia providencial, hasta la exaltación por parte de movimientos artísticos que la consideraron como un estado de sensibilidad renovada y genuina. Las reacciones frente a las “enfermedades mentales” han pasado por la tolerancia, la indiferencia, la compasión y el miedo. Perseguida y reprimida durante mucho, la “locura” se constituyó en objeto de conocimiento científico hace relativamente poco. Su estudio y el esfuerzo por comprenderla o curarla son recientes y por tanto, todavía no se han acabado de tipificar sus diferentes causas patológicas. Al margen de ello, su recurrencia, ya sea como problemática social, política, clínica y hasta económica, es evidente en muchos periodos y espacios de la historia occidental (Freud, 1930; Foucault, 1972, 1977, 1984) y no occidental (Postel y Quétel, 1987; Porter, 2003)².

Con el inicio del periodo hispánico en el Nuevo Reino de Granada, todo el cúmulo de creencias milenarias de los pobladores locales, al cual se sumó paulatinamente el componente africano, fue tildado por los conquistadores como simple “charlatanería” y “superstición”, lo que trajo consigo todo un proceso sistemático de extirpación simbólica y material de los pueblos dominados. La implantación del Santo Oficio de la Inquisición en 1610 fue, en parte, la respuesta y la expresión de ese proceso (Ceballos, 2002).

Sin embargo, para el caso de la “locura” esto no significó un avance sino más bien una traspolación en la interpretación. Si bien se buscó desechar el entramado mágico y mítico con el que popularmente se explicaba la “locura”, el foco se trasladó a la mística de la religión católica y no al plano de lo científico. La demonología se adelantó así al desarrollo de un verdadero esfuerzo médico y un pensamiento psicológico. “La enfermedad mental era más bien objeto de consideraciones canónicas y religiosas”, que veían en ella una manifestación del mal, por lo cual “casi todos los enfermos mentales eran sindicados como brujas, hechiceros o hechizados” (Rosselli, 1987, p. 146).

Según Diana Luz Ceballos, la brujería durante el periodo hispánico en el Nuevo Reino de Granada tuvo dos funciones: una social y la otra institucional. En el primer caso, una vez se estableció la brujería como imaginario social, sirvió como canalizador de los problemas (intrigas, envidias, calumnias, etc.) que se gestaron entre los diferentes componentes sociales. En el segundo caso, la brujería sirvió para estigmatizar y controlar a los individuos o grupos subalternos: “Los españoles persiguen a los no blancos por brujos y hechiceros, porque son diferentes, por la necesidad política de aculturar para dominar [...]” (1995, p. 86). Empero, la brujería con un componente “demoníaco” es una invención judeocristiana, como lo anota la misma autora, que tomó gran fuerza durante la Edad Media y el Renacimiento en Occidente y que terminó por instalarse en las sociedades coloniales e hispánicas de ultramar.

2 No se puede desconocer la existencia de las diferentes nociones culturales sobre los “males del alma”, muchas de ellas ajenas a la nosología occidental y estudiadas por diversos investigadores. Entre éstas cabe mencionar: “El ‘Koro’ del Sudeste Asiático, el ‘Amok’ de los Himalayos, el ‘Itcho’ o ‘Rompecorazones’ de los Mohave, el ‘Windigo’ de América del Norte, la ‘Boufée Delirante Aguada’ de los Haitianos y la ‘Muerte Vudú’, el ‘Embrujamiento’ en distintas partes del mundo y el ‘Susto’ o ‘mal de la risa’ en Latinoamérica (Lagarriga, 1988).

De este modo, el esquema brujeril-demoníaco de los conquistadores fue paulatinamente penetrando a la vez que imponiéndose a los imaginarios sociales de los distintos grupos étnicos indígenas, africanos y, finalmente, al de la nueva población mestiza (Rosselli, 1968). Este cúmulo de concepciones mágico-religiosas trajo aparejada la configuración de un modelo de hibridación cultural que respondió a aquella misma naturaleza mística. Pero en Occidente y particularmente en España, la nosología médica (basada en el pensamiento médico griego de Hipócrates y de Galeno), aunque impregnada del misticismo religioso medieval, intentó combatir las diversas enfermedades que aquejaban el cuerpo y la mente de las personas con base en la medicina humoral. En el caso de la "locura", se creía, era causada por un "desarreglo humoral" (exceso de sangre o de bilis negra) que debía combatirse, aparte de los ritos de exorcismo estipulados por los tratados de demonología, con "sangrías, purgas y en ciertos casos, vejigatorios y baños" (Foucault, 1972, p. 176).

Acerca de las terapéuticas empleadas por las distintas comunidades indígenas en la prevención o la curación de los "males" asociados con el "alma", que actualmente habitan el territorio colombiano, puede afirmarse que son un claro remanente de las posibles prácticas empleadas en este sentido por las culturas precolombinas. Según la lectura que dichos pueblos hacían de los "males del alma", estos se relacionaban con la acción de agentes sobrenaturales y mágicos que de alguna manera tomaban posesión del cuerpo del afectado. Por tanto, los tratamientos o las prácticas curativas derivaban en rituales mágicos que incluso hoy gozan de gran acogida entre los diferentes sectores sociales (Gutiérrez, 1961). Cuando la magia buscaba contrarrestar el mal o cualquier enfermedad, se concebía como "magia blanca" y cuando, por el contrario, tenía la función de hacer algún tipo de mal, se denominaba "magia negra" o "brujería" (Gutiérrez, 1985).

Aun con las distinciones referidas, las prácticas y las concepciones médicas de los indígenas que habitaron el actual territorio colombiano y en general del Nuevo Mundo fueron de carácter preventivo y no curativo, como sucedió y sucede con la medicina occidental. De hecho, las "enfermedades mentales" eran reconocidas como "males del alma" o como el "mal de la risa" y no tuvieron connotaciones negativas entre estos pueblos, más bien se trataba de manifestaciones de genuina creatividad y hasta de poderes mágicos para el individuo que las poseyera. Las culturas precolombinas creían que los "males del alma" como cualquier otro mal, eran producidos por un desequilibrio energético entre el sujeto, la Madre Tierra y el cosmos en general. Esta concepción vitalista del universo determinó las diferentes terapéuticas empleadas por los chamanes (como el empleo de plantas y de ritos mágicos) que fundamentalmente buscaron restablecer dicho orden energético (Sharon, 1980; Anzuarez, 1983; Lagarriga, 1988). La circulación de estos "saberes" terapéuticos se produjo gracias a las redes establecidas entre los chamanes de las zonas andinas y las regiones selváticas desde tiempos precolombinos, las cuales en la actualidad aún se mantienen (Taussig, 1987; Pinzón, 1992; Langebaek, 1996).

Respecto a las concepciones o a las prácticas de la población esclava neogranadina en torno a los "males" asociados con el "alma", cabe anotar que se mantuvieron, como sucedió con la mayoría de sus creencias, en el plano de lo secreto o lo

subterráneo³ ante la presión ejercida por las autoridades (civiles y eclesiásticas). De este modo, las diferentes terapéuticas empleadas por los esclavos en la curación de las enfermedades iban acompañadas de ritos mágicos que combinaban elementos de diferentes sistemas religiosos (como bantú, yoruba y católico). Este proceso sincrético de los esclavos neogranadinos fue un fenómeno sociocultural complejo, pues como lo asevera Navarrete (1995), los esclavos tuvieron que reestructurar elementos religiosos de varios sistemas (español, indígena y africano), en tanto que lograron conservar algunos de origen africano; es decir que se trató de proceso de “resistencia-acomodación”. Es sabido que la magia, y en especial la brujería, fue una poderosa aliada de los esclavos neogranadinos a la hora de soportar su estado de vulnerabilidad e impotencia en la sociedad esclavista, y que terminó perpetuándose en muchas comunidades negras del continente americano (Price, 1973; Bastide, 1977; Bowser, 1977; Taussig, 1979; Friedemann, 1993; Díaz, 2001, 2009).

Por otro lado, durante todo el periodo hispánico no se estableció ningún manicomio u hospital para enajenados mentales en el Nuevo Reino de Granada, por el contrario, éstos “eran reclusos en celdas especiales, o en los hospitales de las ciudades que los tenían, y si no en las cárceles, a falta de instituciones hospitalarias” (Rosselli, 1987, p. 145). Esa indeterminación se mantuvo hasta bien entrado el periodo republicano; y aunque la creación del primer servicio de enajenados en 1759 en el hospital San Juan de Dios de Santafé se considera como el referente original de los frenocomios y asilos del país, la especificidad, reflejada en instalaciones adecuadas y una conciencia médica, no se cristalizaría realmente sino hasta las primeras décadas del siglo XX.

En el Derecho Indiano (contenido en la *Recopilación de las Indias*), que fueron las disposiciones jurídicas contempladas en 1680 para las colonias españolas en América, no se contemplaron medidas de ningún tipo (caritativas o punitivas) para los enfermos mentales ni para la población desvalida o pobre (enfermos, valetudinarios, menores expósitos, mujeres de dudosa reputación, mendigos y vagabundos)⁴, aun cuando en España ya se habían puesto en práctica ciertas medidas de “asistencia” y “caridad cristiana” frente a este problema social⁵. Más

3 Por ejemplo, la santería se configuró como un sistema terapéutico y religioso oculto de la mirada maniquea de las autoridades y de los propietarios de esclavos (sobre todo en países como Cuba y Brasil) durante el periodo hispánico. Por tal motivo, es solo hasta la década de los ochenta del siglo XX que este sistema hizo su arribo a nuestro país. De acuerdo con los estudiosos de la santería, los kariochas o santeros tras haber superado los distintos “rituales de paso” (*Iyabó, Babalocha, Oriaté y Balalao*), conseguían la facultad de conjurar las enfermedades mediante los poderes de los diversos orishas o dioses: Olodumare, Olofi, Olorún, Elegguá, Obatalá, Changó, Ochosí, Oggún, Osun, Yemayá, Obatalá, Osun, Babalu ayé y Osaín. En el caso de los “males del alma”, los sacerdotes santeros creían que eran producto del enfrentamiento desatado entre Obatalá y Osun que se manifestaba en el cuerpo y la mente de una persona. Entonces, la terapéutica empleada por los kariochas consistía en que el afectado o sus familiares dieran ofrendas o sacrificios (de animales como cabras o aves) a los orishas en discordia, con el fin de mitigar su ira o malestar (Bastide, 1969; Klein, 1986; Reis y Dos Santos, 1996; Uribe, 2003).

4 El Derecho Indiano estuvo destinado a regular la vida política administrativa de las colonias españolas en el Nuevo Mundo y a frenar los excesos de poder de los encomenderos de los que era víctima la población indígena. Sin embargo, estas disposiciones no tuvieron mayor alcance, puesto que las necesidades e intereses de los gobernantes ibéricos en tierras americanas (virreyes, oidores, fiscales, gobernadores, alcaldes, entre otros) respondieron a otras realidades jurídicas y sociales (locales o provinciales); apelando a un nuevo sistema que algunos autores han denominado *Derecho indiano criollo* (García, 2003).

5 Por ejemplo, la práctica de recoger a los pobres y menesterosos en hospicios, al tiempo que ocuparlos en oficios benéficos para el Estado y el “público bien”, habían sido planteados en los tratados de Juan Luis Vives ([1526])

adelante, los reformadores borbónicos que orientaron todo el proceso en España y en sus territorios en América a fines del siglo XVIII y las primeras décadas del siglo XIX (con base en los planteamientos de autores como Jovellanos, Ward, Cabarrús y los condes de Floridablanca y Campomanes), encontraron en la pobreza un "asunto de policía" y empezaron a darle un nuevo tratamiento.

Por lo anterior, a la miseria le fue otorgado un "estatuto" absolutamente diferente, en el cual los miserables y el mundo de la miseria en general no eran concebidos como un asunto solamente religioso que tocara exclusivamente a la caridad cristiana, sino que se trataba de un problema que atentaba contra la "pública utilidad" (Martínez, 1984; Rodríguez, 2007).

Las prácticas de policía se orientaban a controlar la ociosidad o la vagancia y todo lo que generaba pobreza en términos de gobierno de la población. Además de las medidas de orden práctico, como los censos de mendigos y enfermos (entre ellos, los "locos"), su reclusión en hospitales, la fundación de casas de misericordia, casas de niños expósitos, licencias para mendigar o las penas de flagelación y expulsión para ociosos y mendigos disfrazados, surgieron propuestas y planes de solución sobre el pauperismo. Por ejemplo, Ward (1782) vio en el trabajo de los pobres peninsulares y de la América española una forma posible de aumentar la "opulencia" y "prosperidad" del Estado,

Al emplear en fábricas un millón de gentes, que hoy viven sin ocupación alguna, toda su ganancia es un nuevo aumento a la riqueza de la Nación sacado de la nada; esto es, del tiempo que gastan hoy los holgazanes en la inacción, ociosidad, vagabundería y mendicidad (1782, p. 96).

Aun cuando la caridad para Ward era "la reina de las virtudes", si no se dirigía bien, fomentaba la ociosidad de la población, por lo que las autoridades estaban en la obligación de hacer trabajar a los pobres.

Durante el gobierno del virrey Guirior (1772-1776) las prácticas de recogimiento de pobres se llevaron a cabo, por un lado, porque era un "acto de caridad que dictan la religión y la naturaleza para socorro de la humanidad desvalida y, por el otro, con el objeto de "separar los muchos holgazanes que con el disfraz de mendigos cometen excesos y gravan la República" (Colmenares, 1989, p. 311). Por tal motivo, se adicionó una sección nueva al Hospicio de Santafé para alojar a los varones (enfermos, desvalidos o mendigos) durante este periodo y se mantuvo la sección antigua del establecimiento para "mujeres públicas" o "casadas mal avenidas" y niños expósitos que se había establecido en 1642. De este modo, el virreinato únicamente contaba con este hospicio (puesto que el de Popayán dejó de funcionar a mediados del siglo XVIII) para alojar a este variopinto e "indeseable" sector de la sociedad, que se tornó en un problema apremiante para las autoridades virreinales hacia finales del periodo hispánico, como puede apreciarse en las *Relaciones e informes de los gobernadores de la Nueva Granada* (Colmenares, 1989).

Si bien, en principio, el gobierno buscó librar las calles de la capital del virreinato de los sectores sociales mencionados, esta medida también se hizo extensiva a quienes ejercían la medicina tradicional, en vista de la escasez de médicos con formación, como lo expresó el Virrey José de Ezpeleta (1989-1796) en la relación de su mando:

La falta de cirujanos es absoluta, y acaso es más necesaria esta facultad que la otra [médico]. Son frecuentes los casos de personas que quedan lisiadas y defectuosas por caídas y otros accidentes, sin recurso para el remedio. Aun la parte obstétrica se desempeña de un modo bárbaro, por rutina y sin el menor conocimiento de sus reglas, y son raras las ocasiones de peligro en este pueblo, que es ya bastante numeroso.

No obstante, sobran en él muchos infelices curanderos que yo he procurado desterrar, pero no ha sido fácil, porque, prescindiendo de las preocupaciones del vulgo, al fin estos médicos supuestos aplican sus remedios, y aunque a vuelta de un cierto casual que publican y los acredita, cometen mil errores, siempre tienen a su favor la confianza de muchas gentes que imploran sus auxilios y sus escasos conocimientos.

Lo mismo o poco menos sucede en países más cultos, y así no me admira lo que aquí se experimenta. Tampoco creo asequible evitar del todo el daño; pero sí disminuirá mucho cuando haya algunos buenos médicos y cirujanos, y para tenerlos en esta capital es menester traerlos de Europa, con alguna dotación (citado en Colmenares, 1989, p. 337).

Una de las primeras noticias que se tienen sobre los “indios teguas” o “curanderos” es gracias al cronista fray Pedro Simón, quien hace una referencia a su longevidad hacia las primeras décadas del siglo XVII: “pasan su vida hasta llegar a cien años [...] pues el simple manjar de unas raíces y hormigas les acrecienta un año sobre otro [...] hasta llegar a más de ciento y al cabo mueren sin enfermedades” (Simón, 1991, p. 121). El clérigo Basilio Vicente de Oviedo, a mediados de la segunda mitad del siglo XVIII, describe a los curanderos teguas de la siguiente manera:

El curato del pueblo de los Teguas, en el Distrito del Corregimiento de Tensa [...] hacia el sureste, entre Lenguapá y Tensa, inclinado hacia los Llanos, creo ser de pocos indios, y estos tan reputados en el vulgo por yerbateros y los temen mucho [...]. (Oviedo, 1990, p. 270).

A lo sumo, las posiciones frente a la locura que convivieron en las postrimerías del periodo de dominación española se materializaron en: la asistencia fundamentada en la caridad cristiana, brindada por los Hermanos de San Juan de Dios; la herencia de las prácticas médicas indígenas y africanas fusionadas con algunas concepciones médicas o creencias populares españolas, representadas a su turno por los curanderos y médicos; las disposiciones gubernamentales y eclesiásticas que procuraron mantener el buen funcionamiento de la sociedad —marcha que los locos ensombrecían—. Asimismo, por un primer asomo de pensamiento médico-científico sobre las “enfermedades” que aquejaban la “mente” humana, representado por José Celestino Mutis “quien en su escrito *Sobre los hipocondríacos* (1773) defiende el origen médico de estas enfermedades mentales, sus causas específicas y psicológicas, acordes claro está con la medicina de la Ilustración” (Rosselli, 1968 [vol. 1], p. 126).

Sin embargo, debe anotarse que en los más de tres siglos de colonización, los modelos de representación social (tanto médicos como populares) que poseían los españoles sobre las “enfermedades mentales”, se impusieron a los esquemas

de los demás grupos étnicos neogranadinos subalternizados y terminaron objetivándose por dos vías: la primera, bajo la forma de valores morales e ideológicos impartidos a la sociedad de los principales centros de provincia del virreinato, pues la "locura" fue estigmatizada de manera negativa por la Iglesia católica y avallada a su vez por los mismos médicos, al considerársele un castigo providencial por todos aquellos abusos típicos de una vida licenciosa e inmoral; y la segunda, como una práctica de exclusión y de segregación legitimada por el Estado, el cual dispuso a los grupos de milicianos y a las reales fuerzas para que confinaran no solo a los dementes sino a todo mendigo, desvalido u ocioso en los diferentes hospicios, hospitales y cárceles.

La política de higienización ya se había cristalizado en Europa hacia finales del siglo XVIII, momento en el cual los centros metropolitanos del capitalismo mundial instauraron el nuevo régimen (democrático) y la sociedad burguesa ("sociedad de control"), y era evidente la obsesión por establecer un mundo libre de los humores pútridos y viciados, así como de los desórdenes que el pueblo pudiera protagonizar (Foucault, 1996). Era, pues, necesario controlar y segregar a las mentes "anómalas" que no se sometieran a la moral social, notablemente impregnada por la moral cristiana y cuyos guardianes inflexibles habían sido por varios siglos los tribunales inquisitoriales. Para este momento la medicina, íntimamente relacionada también con las concepciones religiosas, asumiría el papel de vigilar la moral social y de perpetuar la noción del "loco" como un sujeto "inmoral" o "licencioso" que debía ser encerrado (Szasz, 1974).

Periodo republicano

En Colombia durante el periodo republicano, el internamiento apenas se vislumbró como una necesidad y más bien, la "locura" estuvo fuertemente ligada a la miseria, en cuanto a su tratamiento y valoración. Esa equiparación fue precisamente la que propició el planteamiento de la separación de la sociedad entre los habitantes perniciosos al "público bien" y los que le apostaban a la prosperidad del Estado y a la "pública felicidad". Con esta certidumbre, el internamiento se perfiló como una empresa y una institución, al ser percibida la locura como la consecuencia de una vida licenciosa e inmoral. José Félix Merizalde, una de las figuras médicas más representativas del siglo XIX, consideraba por ejemplo como causales de los desarreglos mentales los problemas de índole moral (sentimientos, vicios, pasiones) y ambiental (clima, sociedad, alimentación). Para este personaje, la aparición de un desorden nervioso era "la consecuencia de los excesos (alimenticios, alcohólicos, sexuales, pasionales), de [ahí] su severidad en condenar los vicios y en predicar la frugalidad y la higiene, ya que patología venía a confundirse, en su concepción, casi con inmoralidad y salud con virtud" (Rosselli, 1987, p. 151). El inconveniente de esta posición doctrinaria se hizo manifiesta en que, asociando a la "locura" con el vicio o el exceso, trajo consigo su condenación y censura social.

En ese contexto la terapéutica se inclinó por la coerción física y el encierro se convirtió en la práctica más difundida. No obstante, cierta especialización y especificidad del confinamiento solamente se vislumbrarían hasta finales del siglo XIX y principios del XX, con la creación de unos cuantos hospitales y el interés

de algunos médicos por la psiquiatría⁶. En otras palabras, ni siquiera la práctica del encierro constituyó una especialidad, sino que en sus inicios fue más bien un anexo de ciertas políticas de control y de organización social.

Como consecuencia de esa censura, los “locos” cayeron en el mismo saco que los enfermos contagiosos y en 1835, el gobernador de Cundinamarca decretó su aislamiento en los hospitales. Así, la “locura” y la “mendicidad” se convirtieron en un problema de sanidad y seguridad pública; lo que condujo irrevocablemente a que esta dupla de “indeseados” fuese presa “de acciones de policía para recluirllos y exiliarlos”, siendo el encierro la forma “más conveniente” de “separar de la sociedad a los que por sus enfermedades y minusvalías amenazaban la salud de sus vecinos” (Restrepo, 2002, p. 2).

Reflejo irrefutable de aquella concepción negativa de la locura en la época fue a su vez otro decreto promulgado en 1845, el cual ordenaba a las autoridades impedir que anduviesen “por las plazas, calles y caminos públicos, locos o personas furiosas; y que nadie tenga en los mismos lugares animales feroces, venenosos o dañinos” (Pombo, 1845, p. 77). La animalización del enfermo mental contemplado en este decreto muestra el grado de temor y de repulsión que despertaba en la sociedad en general, máxime cuando la misma disposición contemplaba que los locos fuesen conducidos de inmediato a los hospitales y establecimientos de caridad, mientras que sobre los animales apenas se lanzaba la vaga sugerencia de “tomar las precauciones necesarias”, en últimas, haciendo más extrema la peligrosidad del loco que la del animal.

En 1871 que se creó el Asilo de San Diego de Bogotá para indigentes, en donde progresivamente y ante la inexistencia de un establecimiento, se fueron acogiendo también a los dementes de la ciudad. Pero ante las precarias condiciones de hacinamiento e insalubridad, se construyeron algunas celdas para los enajenados mentales que iban ingresando, puesto que anteriormente eran mantenidos en “jaulas reducidas, oscuras i húmedas” (Barriga, 1871, p. 270). Aunque la Junta de Beneficencia del Estado Soberano de Cundinamarca tuvo la tentativa de construir un hospital para enfermos mentales, ésta no pudo llevarse a cabo hasta 1883 por las constantes necesidades económicas del Estado y por los obstáculos que impuso la guerra civil de 1880 (Restrepo y Vileikis, 2006). Para este momento también se fundó en Bogotá un establecimiento para mujeres denominado la Casa de Locas (1874), en donde las pacientes tuvieron igualmente que sufrir todo tipo de vejaciones físicas y mentales, como puede constatare en los diferentes reportes consignados en la *Revista de la Beneficencia de Cundinamarca* para este periodo.

Más tarde, en 1874, en el *Tratado de nosología* del Hospital San Juan de Dios fundamentado en la nomenclatura médica del doctor escocés William Aitken, se estableció que las enfermedades humanas se clasificaban en dos grupos: las patologías que afectaban los sistemas generales del cuerpo como la “sífilis” o las “úlceras de la piel” y aquellas que incidían en ciertos órganos como las “lesiones”

6 Por el contrario, en Occidente durante el Renacimiento y, sobre todo, a partir de la Ilustración (con la aparición de las ciencias positivas), las enfermedades en general fueron ordenadas en familias, géneros y especies. Por ejemplo, la “nosología” de las “enfermedades” que se creía afectaban la mente de las personas era la siguiente: delirios, melancolías, manías, histerias e hipocondrías (Foucault, 1972, 1977).

o las "fracturas". Dentro de las enfermedades del primer grupo se encontraban tipificadas las del sistema nervioso como la "manía" y la "epilepsia" (Restrepo y Vileikis, 2006).

No obstante, debemos tener en cuenta que tras la imposición de los modelos occidentales de las "enfermedades mentales" en Colombia, los esquemas de representación del componente indígena y africano pervivieron no solo en las llamadas "zonas fronterizas" donde la presencia simbólica o material del Estado era ínfima o nula (Escalante, 1954; McFarlane, 1997; Tovar, 1992; Kuethe, 1993; Múnera, 1998), sino que ahora cobraban fuerza y sentido en la mente de la población mestiza ubicada en los principales centros administrativos del país. Los mestizos, ante la imposibilidad de acceder a un médico con formación académica de tipo occidental, optaron por recurrir a la medicina tradicional. Es decir que aparte de establecerse una dependencia mutua entre los distintos grupos étnicos nacionales respecto a las prácticas médicas sobre las "enfermedades mentales" o "males del alma" (Ramírez, 1996-1997, p. 173), se reorientaban o establecían nuevas rutinas sociales, que según Kaplan (1995), podría interpretarse como un esfuerzo de "prácticas consolidatorias" entre colonizadores y colonizados, que buscaron saldar definitivamente las contiendas existentes.

De este modo, durante el periodo republicano las diferentes terapéuticas folclóricas o tradicionales (indígenas, afrodescendientes y mestizas) demostraron su flexibilidad y permisividad en relación con los procesos de fusión e imbricación (Gutiérrez, 1985; Pinzón & Suárez, 1991). Una de las pruebas más palpables en este sentido fue la capacidad que tuvieron los curanderos teguas en Bogotá de adaptarse y acomodarse, a un medio, en ocasiones hostil y adverso a sus intereses, durante este periodo y el precedente. A comienzos del siglo XX, el curanderismo en la capital de la república tendió a fortalecerse a través de la figura de José Domingo Muñoz, campesino boyacense (natural de la vereda de Teguas) y curandero de profesión. Se sabe que él llegó a Bogotá a dedicarse al oficio y se hizo famoso ejerciéndolo, volviendo a rescatar la tradición del curanderismo. La gente lo llamó Tegua, palabra que se hizo pronto familiar en Bogotá y luego, en toda Colombia, para nombrar a los curanderos, que mantienen viva la medicina tradicional y por extensión a los que ejercían la medicina sin título (Huertas, 1995).

Sin embargo, la oposición entre "conocimiento científico" y "creencia popular" establecida por la esfera académica hacia finales del siglo XIX, la cual se mantuvo hasta el último tercio del siglo XX, coadyuvó a desvirtuar aún más las prácticas y las concepciones de la medicina tradicional, ponderando la una sobre la otra y de esta forma, se estableció toda una estructura de relaciones de poder. Así, el esquema biomédico y, posteriormente, el psiquiátrico terminaron imponiéndose respecto a los modelos existentes de representación social de las enfermedades en el mundo occidental u occidentalizado (Foucault, 1977, 1984; Good, 2003).

Arribo de la medicina psiquiátrica al país

Colombia llegó a la era del exilio del alienado cuando la desacralización de la mendicidad arrastró a la "locura" a su irrevocable condena y así, pues, todo sujeto ocioso e incapaz de integrarse al sistema social, fue estigmatizado con la marca de

la represión y el castigo. El salto, si así se le puede llamar, que significó la creación de los primeros establecimientos manicomiales en nuestro país hacia el último cuarto del siglo XIX⁷ y en América Latina a partir de la segunda mitad de la misma centuria⁸, no se tradujo en un mejoramiento súbito y sustancial de las condiciones materiales o psíquicas de la existencia de los “locos”.

La dinámica del internamiento de la locura en Colombia fue un remedo del proceso experimentado por Europa. Mientras allí el encierro se argumentó como la lucha contra “el imperio de la sinrazón” (Foucault, 1972, 1977); aquí se convirtió en una indiscriminada práctica de higiene social disfrazada de asistencia y filantropía (Rosselli, 1968 [vol. 1]).

Los médicos de la primera mitad del siglo XX, pese a que tenían claro el origen de muchas enfermedades y generalmente a éstas se les daban explicaciones científicas, también seguían siendo atribuidas a causas morales. De este modo, los médicos e higienistas emplearon el término de “enfermedades sociales” para referirse a un “conjunto amplio y no bien delimitado de síntomas y signos que afectaban el ‘cuerpo social’ cuyas consecuencias más evidentes eran la degeneración fisiológica y moral” (Noguera, 2003, p. 183). Entre las enfermedades que hacían parte de este grupo se encontraban: el alcoholismo, la prostitución, el chichismo, la criminalidad, la mendicidad, la epilepsia y la locura.

Asimismo, ciertos individuos o sectores de la población considerados como marginales —sobre todo en sociedades modernas o disciplinares como la europea—, que escaparon o escapan a los patrones establecidos (locos, vagabundos, pordioseros, mujeres solitarias, entre muchos otros), terminaron siendo excluidos o segregados socialmente. Ellos también pudieron convertirse en “chivos expiatorios” que sirvieran a su vez como válvulas de escape de las presiones sociales generadas por determinados conflictos (Foucault, 1996).

En Colombia este proceso fue más tortuoso y dilatado, pues a principios del siglo XX el encierro seguía formando parte de las políticas de asistencia social, más que ser una práctica clínica consciente (Rosselli, 1987). Por ejemplo, en 1913, una ley de la República ordenó a la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de la Universidad Nacional ensanchar su plan de estudios y crear la cátedra de medicina mental y nerviosa, junto a urología, ortopedia y cirugía infantil. Este hecho, aun cuando en la historia de la psiquiatría se considera un hito importantísimo, no

7 Para este periodo se fundaron los siguientes establecimientos en Bogotá: el Asilo de Locas (1874), el Asilo de San Diego para varones (1883) y el Hospital Neuropsiquiátrico (1968), sin contar las diversas clínicas privadas que abrieron sus puertas en la capital del país hacia la segunda mitad del siglo XX. Los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios fundaron a su vez las siguientes clínicas y hospitales mentales: Hospital San Rafael de Pasto (1932), Casa de Reposo de Chía (1935), Clínica del Perpetuo Socorro en Pasto (1949), Clínica de San Juan de Dios en Manizales (1953), Clínica de la Paz en Bogotá (1956), Clínica de la Inmaculada en Bogotá (1957), Residencias el Sagrado Corazón en Medellín (1960) y Residencias de San Juan de Dios en La Ceja (1963). En las demás capitales de departamento se produjeron otras fundaciones: Manicomio de Varones de Barranquilla (1933), Hospital Mental Rudesindo Soto de Cúcuta (1943), Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro en Pasto (1949), Hospital Psiquiátrico San Isidro en Cali (1944), Clínica los Ángeles en Medellín (1951), Clínica del Atlántico en Barranquilla (1952) y Hospital Mental de Antioquia (1958).

8 A partir de esta fecha se percibe una proliferación de fundaciones de hospitales mentales en toda Latinoamérica, entre los que se cuentan: el Manicomio de Rio de Janeiro: 1852, La Casa de Orestes, Santiago de Chile (1852), el Hospital de Lima (1863), el Manicomio Nacional de Uruguay (1880) y el Asilo de Quito (1887) (Rosselli, 1968).

tuvo un impacto y una resonancia inmediata, pues la introducción de la psicoterapia científica y la orientación dinámica de la psiquiatría se pospondría hasta 1950 (Rosselli, 1968, [vol. 1]).

El discurso de los primeros estudios psiquiátricos estuvo fuertemente imbuido por las ideas de degeneración de la raza. Asimismo, cierto determinismo ambiental y una retórica moral frente al alcoholismo y el chichismo marcaron la pauta de su desarrollo. Hacia mediados del siglo XX, todo este proceso se aunó a la creación de institutos públicos y privados especializados en el tratamiento de la "locura" en Colombia y, en general, en toda Latinoamérica. Empero, los avances médico-psiquiátricos del mundo occidental y occidentalizado no consiguieron superar la "inveterada" connotación esencialmente negativa de la locura para este momento y el sistema de higiene mental, más que curar, estilizó y diversificó los mecanismos de anulación de los "locos", eludiendo de esta forma el costo económico que supondría la rehabilitación cierta y efectiva de los enfermos (Herrera y Martínez, 1981; Foucault, 1984).

Así, empezaron a llegar a Colombia los nuevos métodos psiquiátricos como los famosos choques eléctricos, las lobotomías, los comas insulínicos o con cardiazol. Todos estos tratamientos arrojaban resultados cuestionables, al dejar a los pacientes en estados lamentables de salud física y mental, amparados en la premisa de entender el complejo funcionamiento del cerebro humano y curar sus disfunciones.

Una de las figuras médicas destacadas de este periodo fue el doctor Julio Manrique, quien trató por primera vez en Colombia a algunos pacientes sicóticos con insulina. A su vez, fue una influencia para la investigación del doctor Agustín Pastor, *Tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulínico* (1937) y, en compañía del doctor Luis Jaime Sánchez, publicó un par de años más tarde *Los nuevos tratamientos de la esquizofrenia* (1939). El doctor Julio Asaud fue la persona que introdujo al país el primer aparato de electrochoques en el año de 1942, e igualmente, uno de los pioneros en la práctica de lobotomías prefrontales para el tratamiento de psicosis en el país.

Pero fue bajo la dirección del doctor Edmundo Rico que se formó la primera generación de médicos psiquiatras del país, entre los que se cuenta el propio Humberto Rosselli. El doctor Rico estudió el pregrado en la Universidad Nacional de Colombia y se especializó en clínica médica y neuropsiquiatría en París. Fue director del Asilo de Locas entre 1943 y 1948, lapso durante el cual implementó los servicios de: 1) consulta externa, 2) rayos X, 3) sifilografía, 4) electroencefalografía, 5) endocrinología, 6) electrochoque, 7) neurocirugía y 8) laborterapia. En aquel entonces, el doctor Salvatore P. Lucia (profesor de medicina de la escuela de la Universidad de California) visitó los asilos de Bogotá y Medellín, experiencia sobre la cual escribió un informe; en el cual resaltaba la labor del doctor Rico y sus discípulos en el caso del Asilo para mujeres de Bogotá. En contraste, Lucia llamó la atención sobre la deficiencia material de los hospitales, y en general, sobre el atraso de la psiquiatría en Colombia (Rosselli, 1968 [vol. 2]).

*Imagen 1:
Patio Santa
Ana. Hospital
Neuropsiquiá-
trico de Bogotá
(1963)*

Fuente: En:
Rosselli, H.
(1968). *Historia
de la psiquiatría
en Colombia.*
Bogotá: Edito-
rial Horizontes,
p. 474.



En el plano estrictamente jurídico encontramos que hacia la primera mitad del siglo XX en Colombia, las disposiciones sobre los enfermos mentales “criminales” no solo siguieron siendo de carácter punitivo, sino que eran ambiguas, en particular en lo que respectaba al tiempo de reclusión. Así, en el Código Penal de 1936 se estipuló que una de las “medidas de seguridad” para los “alienados” que cometieran delitos, fuese “la reclusión en un manicomio criminal o en una colonia agrícola especial” (Código Penal Colombiano, 1936- 1942, p. 69).

En relación con la “reclusión” se estipulaba (en el capítulo II, art. 64) que ésta

Subsistirá hasta que el enfermo o intoxicado deje de ser un peligro para la sociedad, pero en ningún caso podrá ser menos de dos años en el manicomio criminal, ni de un año en la colonia agrícola especial. Dicha reclusión no podrá cesar sino condicionalmente en virtud de decisión judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos, que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo vuelva a causar daño (Código Penal Colombiano, 1936- 1942, p. 69).

En síntesis, se estableció el tiempo mínimo de reclusión de un enfermo mental (de 1 a 2 años) en dichos establecimientos, pero el de salida era indeterminado o incierto. Además, la decisión de que saliera el “alienado criminal” recaía en primera instancia en las manos del perito (un psiquiatra). Si la decisión se encontraba mediada por el dictamen de este profesional, es indiscutible también que pudiera llegar a obrar en ciertas ocasiones de manera subjetiva (como cualquier ser humano) en dicha determinación. Tampoco se contempló un tratamiento para los enfermos mentales criminales diferente del encierro y el trabajo. La “rehabilitación” (aunque no aparece esta palabra en el código) consistió en que el enfermo no causara “peligro” o no volviera a “causar daño”.

La situación jurídica y penal del enfermo mental en el plano regional o local no fue mejor. Por ejemplo, el Código de Policía de Boyacá de 1937 (y las ordenanzas número 32 de 1946 y 30 de 1963), contempló en su artículo 89 que los "alienados criminales" debían ser reclusos "en un manicomio hasta que el enfermo deje de ser un peligro para la sociedad, previo dictamen de peritos médicos" (1963, p. 21). Pero no solo fue la ambigüedad del tiempo de reclusión de los enfermos mentales que "hubieren cometidos contravenciones", sino la exclusión social que se impuso a los "enajenados mentales" en general (no criminales): "Artículo 366. El que sin licencia del respectivo alcalde reciba para su custodia o curación personas que se encuentren en estado de enajenación mental, incurre en una multa de diez a cien pesos (\$ 10.00 a \$ 100.00)" (1963, p. 73). Para este efecto disponía la ley los manicomios y las casas de salud.

El sistema jurídico colombiano apoyado por la ciencia médica (la psiquiatría y la psicología) fue adoptando conceptos como los de "locos furiosos", pasando por los de "alienado criminal" o "sujetos exentos de responsabilidad penal", hasta acoger el de "inimputabilidad". Este último concepto aparece, por ejemplo, en el Código Penal Colombiano de 1980, el cual permitió discriminar entre las personas que no tuvieran "la capacidad de comprender su ilicitud [de un hecho punible] o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez sicológica o trastorno mental (C.P.P., 608)". En el caso de los enfermos mentales que hubiesen incurrido en algún delito también se hizo la distinción entre las supuestas y las reales patologías mentales que pudieran padecer (trastorno mental preordenado, trastorno mental transitorio y permanente).

Sin embargo, al

Inimputable por enfermedad mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda. Esta medida tendrá un mínimo de 2 (dos) años de duración y un máximo indeterminado. Se suspenderá condicionalmente cuando se establezca que la persona ha recuperado su normalidad síquica (C.P.P., 617) (Código Penal Colombiano, 1980-1987, p. 24).

Como puede apreciarse, la ambigüedad respecto al tiempo de internación del enfermo se mantuvo de forma literal ("indeterminado") y el dictamen de recuperación quedó sujeto al criterio del establecimiento psiquiátrico.

La gradual adopción del concepto de inimputabilidad en la legislación colombiana supuso un cambio sustancial en el trato penal de los enfermos mentales acusados de cometer algún delito, que trajo consigo también un cambio en la concepción social sobre esta población (Rojas, 2004). De este modo, el Código Penal colombiano del año 2000, en consonancia con la Carta Política del 1991, incorporó al concepto de inimputabilidad el componente de "diversidad socio-cultural" y se mantuvieron los de "inmadurez sicológica" y "trastorno mental". También el tiempo de internamiento de las personas con "trastorno mental permanente" que incurrieron en un hecho punible dejó de ser ambiguo y se incluyó un tratamiento médico acorde a las necesidades de cada paciente:

ARTÍCULO 70. INTERNACIÓN PARA INIMPUTABLE POR TRASTORNO MENTAL PERMANENTE. Al inimputable por trastorno mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada de carácter oficial o privado, en donde se le prestará la atención especializada que requiera.

Esta medida tendrá un máximo de duración de veinte (20) años y el mínimo aplicable dependerá de las necesidades de tratamiento en cada caso concreto. Cuando se establezca que la persona se encuentra mentalmente rehabilitada cesará la medida.

Habrá lugar a la suspensión condicional de la medida cuando se establezca que la persona se encuentra en condiciones de adaptarse al medio social en donde se desenvolverá su vida. Igualmente procederá la suspensión cuando la persona sea susceptible de ser tratada ambulatoriamente.

En ningún caso el término señalado para el cumplimiento de la medida podrá exceder el máximo fijado para la pena privativa de la libertad del respectivo delito (Código Penal Colombiano, 2000, p. 21).

Cabe anotar que el cambio de la situación jurídica del “enfermo mental” (y en general con las personas inimputables) producido en los últimos 20 años en Colombia, no solo estuvo inspirado por la ciencia médica o el derecho (nacional e internacional), sino también por los aportes efectuados en las ciencias sociales, al abogar por un trato más humano e incluyente del enfermo mental criminal y no criminal, como se verá a continuación.

La medicina tradicional y la psiquiatría en el debate académico

En este capítulo se presentan las posiciones más relevantes suscitadas en el plano académico en relación con la psiquiatría y la medicina tradicional, las cuales se han canalizado sobre todo a través del debate entre los defensores del paradigma psiquiátrico y el denominado *movimiento antipsiquiátrico*. También se busca establecer la repercusión de estas discusiones en algunas investigaciones latinoamericanas y colombianas.

El debate en el plano internacional

A comienzos de la década de los ochenta del siglo pasado se dio un debate académico entre los defensores de la psiquiatría y los autores que fueron encasillados como pertenecientes al *movimiento antipsiquiátrico*. Claramente, los dos grupos en discordia se constituyeron en líneas de argumentación: el primer grupo asumió el papel de moderador al pretender entablar un diálogo entre ambos campos; y el segundo grupo, desde luego, se opuso de manera rotunda y abierta a la psiquiatría.

Por su lado, el grupo de opositores abiertos a la psiquiatría, compuesto por académicos provenientes de distintas disciplinas como Thomas Szasz o Michel Foucault, lanzaron constantes y fuertes cuestionamientos frente al origen y posteriores métodos terapéuticos empleados por la psiquiatría biológica o clínica. Por ejemplo, Szasz (1961), médico psiquiatra, sostuvo que la “enfermedad mental” es una “construcción cultural de Occidente”, que existe como realidad social, pero en el sentido médico estricto no es una enfermedad. Así, la psiquiatría no ha podido establecer el origen físico-químico (defectos genéticos, invasiones del cuerpo por microorganismos, alteraciones en el metabolismo) de ninguna supuesta “enfermedad mental”; por el contrario, éstas hacen alusión a comportamientos o conductas consideradas como indeseables en la sociedad.

De igual manera, Szasz (1970, 1974) muestra cómo los Estados occidentales fueron atribuyendo gradualmente a la medicina y luego, a la psiquiatría, la misión de mantener y preservar la moral social, fundada en los principios judeocristianos, que anteriormente había sido resguardada por los tribunales inquisitoriales. De este modo Szasz no solo consideró que la “enfermedad mental” existe en términos

“metafóricos” o “míticos” y que la psiquiatría es una “seudociencia” ocupada en vigilar la moral Occidental; asimismo, planteó que sus métodos terapéuticos son igualmente metafóricos o falsos (1996).

Por otro lado, Foucault (1963) demostró que, hacia el siglo XIX, la psiquiatría sistematizó de manera progresiva todo su conocimiento sobre las enfermedades, al perfilar el “saber” médico como una disciplina objetiva y racional. Luego, el mismo autor (1964) estableció cómo la psiquiatría se constituyó en un mecanismo de control más de los Estados modernos hacia los sectores sociales considerados como indeseados, a través de métodos de encierro y anulación de los pacientes que con el tiempo se hicieron cada vez más sofisticados e implacables.

Finalmente, Foucault ilustró el proceso mediante el cual la ciencia médica o biomedicina estableció la división entre “lo positivo y lo negativo, lo normal y lo patológico” hacia el siglo XIX. Este sistema dicotómico de clasificación, que heredaría a su turno la psiquiatría, impidió que se obtuviese un “estudio histórico” e “individualizado” de la “enfermedad mental” de cada paciente, pues los diagnósticos psiquiátricos en su gran mayoría, oscilaban, y lo siguen haciendo, entre una mente racional y una mórbida o enferma (1984).

En esta línea de argumentación también se movieron Fernando Álvarez, Jacques Postel, Claude Quètel y Roy Porter. Por su lado, Álvarez (1983), quien reconstruye la historia del grupo de miserables y de locos de la España del siglo XIX mediante el enfoque *genealógico* y *arqueológico* foucaultiano, evidencia toda la gama de discursos autojustificadores de aquellas esferas sociales del poder (político, religioso, jurídico y médico) que tuvieron alguna injerencia en la construcción de la categoría del miserable y cuyo arquetipo es el “loco”.

Postel y Quètel (1987) se remontan a las prácticas médicas y sociopolíticas frente a las “enfermedades” que se creía afectaban la “mente” humana desde la invención de la escritura hasta el presente, cuya premisa fundamental es que la psiquiatría no nació necesariamente cuando se enunció y se delimitó como una rama de la medicina, sino que, entendida ésta como el esfuerzo por comprender y curar las “enfermedades mentales”, ha existido prácticamente en todos los tiempos y culturas. De esta forma, los autores dan igual espacio a la revisión de la historia de la psiquiatría moderna como a periodos anteriores a dicho proceso.

Porter (2003), al igual que Postel y Quètel, realiza un sondeo por las más importantes nociones sobre las “enfermedades mentales” y sus consecuentes tratamientos a través de la historia en Occidente. Este autor pone de manifiesto que estos métodos terapéuticos no curan; por el contrario, anulan a los sujetos o aumentan sus contradicciones existenciales.

En comparación con los aportes reseñados hasta ahora, es importante destacar que el grupo moderador o defensor de la psiquiatría, entre cuyos representantes se cuentan Arthur Kleinman, Byron Good o Paul Farmer (Uribe, 2001), en su intento por entablar un diálogo transdisciplinar entre estos dos campos (el psiquiátrico y el humanista), consiguió que otros investigadores se fundamentaran bajo esta perspectiva. Por ejemplo, Kleinman, antropólogo y médico, quien en consonancia con

Geertz y la misma fenomenología norteamericana, sostuvo para este periodo que tanto la medicina clínica como la medicina folclórica o tradicional debían interpretarse en contextos culturales concretos (Comelles y Martínez, 1993).

A pesar de ser partidario de la reconciliación (epistemológica) entre el movimiento antipsiquiátrico y la psiquiatría, Good (1997) constató que el sistema de higiene mental norteamericano no tiene en cuenta las particularidades histórico-culturales de los pacientes, lo cual inhibe o retrasa el proceso de curación de los mismos (2003).

Por otra parte, Douglas Sharon (1980) comprobó que el curanderismo latinoamericano, y particularmente el peruano, sigue poseyendo un fuerte “sustrato ideológico indígena”, en relación con el occidental. La obra de Sharon hace un análisis agudo de la medicina tradicional, así como de las diversas prácticas chamánicas; sin embargo, el problema de los “males del alma” es abordado solo tangencialmente, pues su interés primordial radica en el mundo vital del curandero moderno.

Farmer (2002) mostró cómo los campesinos de Do Kay, poseedores de creencias mágico-religiosas, han empezado a configurar un modelo de representación de las enfermedades más consecuente con el “conocimiento clínico” (Occidental) de sus causas, por la acción combinada de las campañas de salud pública y de los medios de comunicación.

Frente a los conocimientos y los métodos terapéuticos de la psiquiatría, el último reporte importante de este debate lo constituye la campaña de desprestigio promovida recientemente por la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos Internacional¹, quienes han compilado o codificado dos manuales que se consideran las “biblias” de las enfermedades mentales en el mundo.

El primero de tales manuales médicos fue el que publicó la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1948, bajo el título de *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, cuya denominación corriente ha sido su sigla CIE, acompañado del número de revisión o actualización. Hasta el año de 1992, fecha de su última revisión, el manual completaba su décima entrega (CIE10) y reportaba 315 trastornos mentales.

El segundo manual que ha tenido mayor difusión en Estados Unidos y Latinoamérica, a partir de 1952, es el DSM: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), de la American Psychiatric Association (APA). El DSM, cuya cuarta y última revisión data de 1994 (DSMIV)², surgió por la insatisfacción con los criterios de clasificación empleados por el CIE, pues, para los psiquiatras norteamericanos, este manual no era tan preciso. Además, argüían que se hallaba incompleto, ya que abarcaba como campo de estudio a todas las enfermedades humanas sin detenerse de manera específica en las de tipo mental. En cambio, el DSM se especializó en las diversas patologías mentales, basadas en casos clínicos y en estadísticas. En total, el DSM IV reportó en su última entrega 374 trastornos mentales.

De acuerdo con Szasz, la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos Internacional, creada en 1969, sostiene que la psiquiatría es una “seudociencia” por el hecho de “inventar” varios cientos de “enfermedades mentales” a partir del periodo de

1 La Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos Internacional está conformada por profesionales de diferentes lugares del mundo, entre los cuales se encuentran también médicos y psiquiatras, al tiempo que goza de la asesoría de especialistas en todas las ramas del conocimiento, como se aprecia en su página web (www.cchr.org).

2 La American Psychiatric Association anunció la publicación del DMS V para el año 2013.

posguerra—momento en el cual no se habían reportado más de sesenta enfermedades de este tipo—y no poder hasta la fecha establecer con certeza el origen patológico de ninguna de ellas, pues de todas se presume su “multicausalidad”, como puede constatar en los dos manuales psiquiátricos más importantes en el mundo referidos atrás.

De manera concreta, la comisión publicó bajo el título de *La Verdad sobre la psiquiatría*, una serie de informes acompañados de sugestivos videos sobre los cuestionables criterios y métodos empleados por la psiquiatría en el mundo y particularmente, en Norteamérica, de los cuales se concluye:

1. Los trastornos psiquiátricos no son enfermedades médicas. No hay exámenes de laboratorio, escáneres cerebrales, rayos X o pruebas de desequilibrio químico que puedan verificar que cualquier trastorno mental es una condición física. Esto no quiere decir que las personas no se depriman, o que la gente no pueda experimentar presión emocional o mental, pero la psiquiatría ha reenvasado estas emociones y comportamientos como “enfermedad” para vender los fármacos. Se trata de una campaña de marketing brillante³, pero no es ciencia
2. [...] Los criterios de diagnóstico de la psiquiatría literalmente se eligieron por votación y se incluyeron en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* de la Asociación Psiquiátrica Americana. Lo que se vota es un sistema de clasificación de los *síntomas* que es drásticamente diferente de, y ajeno a, todo en la medicina. Ninguno de los diagnósticos se apoya en pruebas objetivas de la *afección* física, enfermedad o la *ciencia*.
3. [...] La psiquiatría admite que no tiene una cura: “No sabemos las causas [de ninguna enfermedad mental]. Aún no tenemos los métodos para ‘curar’ estas enfermedades. — Dr. Rex Cowdry, psiquiatra y director del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), 1995”
4. [...] Los psiquiatras afirman que los escáneres cerebrales muestran ahora cambios en el cerebro que “prueban” que los trastornos mentales como la esquizofrenia y la depresión, están basados en el cerebro. No hay evidencia científica para probar esto: sigue siendo la “letra pequeña” en los estudios que dice: “se sugiere”, “puede ser” y “se espera”.
5. [...] Los psiquiatras no pueden predecir qué efectos secundarios adversos se pueden experimentar, porque ninguno de ellos sabe cómo funcionan los fármacos. Los fármacos psicotrópicos se descubren cada vez más como toxinas químicas con el poder de matar. Los psiquiatras alegan que sus fármacos salvan vidas, pero de acuerdo a sus propios estudios, los fármacos psicotrópicos pueden multiplicar por dos el riesgo de suicidio.
6. No hay una prueba genética de las enfermedades mentales: “No se puede afirmar que un gen de una enfermedad psiquiátrica haya resistido la prueba del tiempo, a pesar de la desinformación popular”. — Dr. Joseph Glenmullende, psiquiatra de la Facultad de Medicina de Harvard” (CCDHI, 2010, pp.1-6).

El debate en Colombia

El debate iniciado en Occidente entre los defensores de la psiquiatría y el movimiento antipsiquiátrico aludido atrás, tuvo resonancia en nuestro medio académico de acuerdo con las realidades sociohistóricas y culturales de nuestro país. Sin embargo, existen dos estudios fundacionales en Colombia que no se pueden ubicar en el debate en cuestión, pero han sido referentes obligados de muchos científicos sociales, los que a la postre se sumaron a la discusión de los defensores

3 De acuerdo con la comisión ha sido difícil establecer cuánto dinero obtiene la industria farmacéutica de medicamentos antipsicóticos anualmente en EE. UU., pero ha podido determinar que el canal de televisión CBS percibe por las pautas publicitarias encargadas por estas empresas farmacéuticas la cantidad de 600 millones de dólares al año.

y los opositores de la psiquiatría y, por tanto, es necesario comentar brevemente sus obras. Uno de ellos fue el trabajo de Virginia Gutiérrez sobre medicina tradicional y académica; y el otro, la investigación de Humberto Roselli en el campo de la psiquiatría.

Gutiérrez (1961) fue la primera investigadora en centrarse en el estudio del triple legado cultural de la medicina tradicional (indígena, africana e hispana) y las razones de su arraigo (socioeconómicas y culturales) entre los diferentes estratos sociales y económicos de la población colombiana. Según la autora, la medicina mágica y curanderil fue y sigue siendo transmitida de una generación a otra, y se ha enriquecido con el devenir del tiempo. Esto por su capacidad de mantenerse en constante actualización (acordes tanto al contexto sociohistórico como a las necesidades de los propios pacientes), puesto que entre sus métodos y concepciones médicas tradicionales también tienen cabida los elementos y las prácticas de la medicina facultativa.

Más adelante, Gutiérrez (1985) realizó una investigación etnohistórica sobre el cruce entre la medicina tradicional y facultativa en nuestro país. En la primera parte de su trabajo muestra cómo se “enriquecieron recíprocamente” durante los periodos de la conquista e hispánico los conocimientos y saberes médicos de los tres legados culturales en cuestión. Aunque vale aclarar que otras concepciones médicas (las de indígenas y de negros palenqueros, sobre todo) se mantuvieron “puras”, por la misma fragmentación social y territorial del virreinato. La segunda parte es un estudio etnográfico sobre la medicina tradicional en el que puede apreciarse la circulación de pacientes por el sector médico tanto profesional como tradicional (sin distinción de clases sociales o de credos político-religiosos). Además, Gutiérrez nos muestra el complejo y diverso mundo curanderil (conformado por teguas, parteras, yerbateros y sobanderos, entre otros), así como las características generales de sus saberes y prácticas médicas (etiologías, sintomatologías, diagnósticos y curaciones).

El estudio de Roselli (1968), médico psiquiatra, muestra la lenta transición, a través de casi 500 años de historia, de un pensamiento mágico-religioso sobre las “enfermedades mentales”, a un conocimiento clínico y sistemático de las mismas, con la llegada de la psiquiatría a nuestro país. Sin embargo, Roselli nos presenta una historia descriptiva y anecdótica, tanto de los diversos métodos terapéuticos indígenas, como del quehacer médico-psiquiátrico en Colombia, destinada más a engrandecer y legitimar dicha práctica, que a hacer un ejercicio crítico de retrospección (“historia problema”). Pese a lo anterior, es una obra rica en datos históricos y en fuentes primarias sobre las “enfermedades mentales” en Colombia. Entre los autores que responden al debate como defensores u opositores de la psiquiatría tenemos a Carlos Pinzón y Rosa Suárez, quienes se inclinaron más por los postulados del segundo grupo. Así, los autores en la primera fase de su investigación etnográfica, la cual se realizó a través de 15 hospitales psiquiátricos bogotanos (entre 1973 y 1976), constataron que el treinta y dos por ciento de los pacientes entrevistados manifestaron “estar embrujados”. Por otro lado, en la segunda fase del estudio (entre 1976 y 1979), desarrollada a través de una extensa red de curanderos radicados en la misma capital, arrojó el resultado de que un sesenta por ciento de la red curanderil era de origen boyacense. Pero el argumento de fondo radica en las transformaciones que los “saberes” de la “cultura

campesina” boyacense comportan a la hora de enfrentarse a la sociedad capitalina, puesto que “la lucha entre las culturas no-occidentales y las occidentales, es una verdadera lucha biopolítica [en donde] las trasformaciones culturales impuestas apuntan a dominar y a someter el ser biológico del dominado, destruyéndole su cuerpo cultural” (Pinzón y Suárez, 1992, p. 61).

Al mismo tiempo, Pinzón y Suárez (1992) demostraron que la red de curanderos de la ciudad de Bogotá en las últimas dos décadas, al igual que la mayoría de los diversos grupos o comunidades identitarias de la capital, ha aumentado en número y en multiplicidad de expresiones culturales. Este fenómeno se debe en buena medida al propio recrudecimiento del conflicto interno armado, el cual ha propiciando el desplazamiento forzado de poblaciones negras, indígenas y campesinas hacia la capital y los demás centros urbanos del país, al tiempo que ha sido perseguida o condicionada su actividad curanderil por las mismas políticas capitalistas implementadas en nuestro país (Pinzón y Suárez, 1992).

Alfonso Herrera y Abel Martínez (1981), médicos que realizaron su investigación en el Hospital Siquiátrico de Boyacá, sostuvieron que todas las patologías mentales humanas, a excepción de las de tipo hereditario, se deben primordialmente a las contradicciones existenciales causadas por las adversidades socioeconómicas y culturales propias del sistema capitalista y colonialista, evidenciadas a través de: 1) el sistema educativo, por ser incoherente con la realidad cultural colombiana y por prolongar las cadenas del “servilismo” intelectual; 2) el machismo imperante, por la obvia y llana razón de que anula a la mujer en todos los sentidos; 3) y por las relaciones de productividad dominantes, pues limitan al individuo tanto espiritual como mentalmente, al supeditararlo a una vida de miseria y de monotonía laboral.

Herrera y Martínez no creen en los métodos de la psiquiatría ni en ninguna de las “ciencias” que se desprenden de ésta (psicología, psicoanálisis y trabajo social), como verdaderas y efectivas terapias contra las “enfermedades mentales”. Por el contrario, sus métodos no son más que instrumentos de dominación y embrutecimiento del sistema burgués, pues terminan por reconciliar al sujeto con su realidad de individualismo social, impidiéndole enfrentarse con ésta para que pueda crear elementos críticos y estructurantes en su vida. De ahí la “noterapia” de la “cotidianonegación”, principio básico con el cual se pueden eliminar todos aquellos factores alienantes de la vida cotidiana y ser reemplazados a un mismo tiempo por valores y patrones socioculturales coherentes con la realidad histórica latinoamericana.

De igual manera, Carlos Uribe (1999) constató el fuerte arraigo de la medicina tradicional en la capital colombiana, pero también estableció que el tratamiento psiquiátrico en algunos pacientes no solo puede ser ineficaz, sino que suele aumentar sus contradicciones existenciales al no tener en cuenta sus particularidades sociohistóricas y culturales (Uribe, 2001). Sin embargo, Uribe en otro estudio (2001) asume el papel de mediador entre los defensores del paradigma de la psiquiatría biológica y el movimiento antipsiquiátrico. Lo cierto es que ambas tendencias han aportado valiosos elementos en la comprensión de las denominadas “enfermedades mentales”, y según él, es necesario que se establezca y se mantenga un constante diálogo entre ellas.

El quehacer de un curandero urbano

En Bogotá, como en cualquier gran metrópoli del mundo, conviven cada vez más diversos sistemas terapéuticos, al tiempo que compiten entre sí. Unos se podrían ubicar en el plano mágico-religioso y otros, en el ámbito de la ciencia médica. Por ejemplo, en *El Tiempo*, uno de los diarios de mayor circulación nacional, Rodrigo Sepúlveda publicó un artículo el jueves 10 de marzo de 2011, el cual tituló: “El contraste de dos templos. A pocos metros de distancia, se viven dos ritos: el católico de Santa Marta y el esotérico de Salomón”. En éste se establece la manera como dos de los diversos sistemas religiosos existentes en la ciudad ofrecen también servicios terapéuticos, y del mismo modo, se encuentran en una constante competencia, en apariencia pacífica, por obtener seguidores o pacientes. Del artículo vale la pena transcribir algunos apartes:

En dos puntos de Bogotá, separados tan sólo por seis cuadras, entre los barrios Palermo y Alfonso López, se viven dos cultos que navegan entre lo esotérico y lo católico. Mientras en la calle 49 con carrera 17 el profesor Salomón, conocido por leer el tarot en radio y televisión, “fumiga” con un aparato especial a sus devotos con esencias que, según él, atraen al ser amado y dan suerte en los juegos de azar, en la calle 51 con carrera 21, unas 400 personas levantan botellas de agua para que el padre de la iglesia de Santa Marta bendiga el líquido [...] La cita más concurrida en ambos rituales tiene lugar los martes. En el templo de Salomón, que no es más que una antigua casa de un piso, dividida en tres salones y adornada de medallas, aceites para la prosperidad, péndulos y jabones, la gente empieza a hacer fila desde las 9 de la mañana. [...] Como en un concierto, para entrar a la sesión con el guía espiritual se deben cancelar \$20.000 pesos, que son recogidos, juiciosamente, por el propio Salomón, quien como puede trata de sostener en sus manos el botín. [...]

Mientras esto sucede, a las puertas de la iglesia de Santa Marta [...] empiezan a llegar los primeros fieles de la abogada de los imposibles: Santa Marta. Desde hace más de 40 años, esta santa es la preferida de enfermos terminales, ludópatas y los desdichados en el amor, que buscan una salida a sus penas. [...]

Se calcula que en las tres sesiones que tiene programadas Salomón los martes a lo largo del día, asisten unas 1.000 personas, casi el mismo número de creyentes que visitan a Santa Marta, el mismo día.

La masiva afluencia de público ha hecho que alrededor de la parroquia se instalen 10 puestos dedicados a la venta de recuerdos de la “abogada”. En este mercado santo se consiguen figuras de cerámica, escapularios, estampas y lo más curioso, agua para ser bendecida durante las misas. “A mil la botella”, grita Lucilda Duarte, una vendedora con 48 años de experiencia (2011, p. 16).

Pero si en la actualidad en la ciudad de Bogotá han empezado a coexistir de manera pacífica algunos de los sistemas terapéuticos disponibles, también puede constatar, incluso, que otros han optado por asociarse, tal vez sin dejar de lado la competencia y con la convicción de que la unión es una “táctica” para hacerle frente al monopolio del sistema de salud que ejercen las distintas EPS y la medicina prepagada. Yo tuve la oportunidad de comprobar durante mi trabajo de campo esta reciente modalidad de asociación entre médicos académicos y médicos empíricos, mejor conocidos estos últimos como teguas o curanderos.

De esta forma, cuando formulé mi proyecto de investigación, lo hice pensando en el curanderismo urbano, pero accidentalmente descubrí la categoría de “etnomédico”, la cual durante mi trabajo de campo comprendí que se trataba más de una actualización de la figura del curandero y no de la configuración de una nueva. Esta indagación tomó forma cuando asistí a la clínica del doctor Santiago Rojas Posada, por invitación de una amiga mía, Alicia Vega, quien conocía el proyecto que estaba desarrollando, y a su vez, era tratada por uno de los médicos que trabajaban en ese lugar.

El doctor Santiago Rojas Posada era “afamado”, según Alicia, por sus prácticas médicas alternativas y se había convertido en uno de los médicos de cabecera del señor Álvaro Uribe Vélez, ex presidente de nuestro país. Además, tenía un pequeño espacio en un programa de entretenimiento que conducía y sigue conduciendo, Jota Mario, de lunes a viernes en las horas de la mañana. De cualquier manera, el doctor en mención era totalmente desconocido para mí en aquel momento, pero me interesaba poder contactarlo como posible informante clave de mi investigación.

De este modo, decidí acompañar a Alicia a una de las consultas con su doctor Nelson David Benavides Vargas, quien con métodos de acupuntura, le venía curando un problema lumbar. Recuerdo que fuimos a aquella clínica el miércoles 11 de abril de 2007, en las horas de la tarde. Al ingresar al lugar, ubicado en la Av. 15 N° con calle 124 y confirmar que era una zona exclusiva en términos comerciales de la ciudad, me sorprendió ver la afluencia de los más variados estratos socioeconómicos que acudían a consulta a esta clínica. El nombre de la clínica, que más se asemejaba a un lema, era: “Medicina Alternativa y Bioenergética. Equilibrio y salud para su bienestar”.

La clínica se componía de una recepción amplia, cómoda y decorada con cuadros multicolores alusivos a las culturas precolombinas y algunos afiches de eventos sobre salud física, mental y espiritual, realizados en distintos momentos y lugares del país. Aunque esa tarde no pude ingresar más allá, en dirección a los consultorios, unos días más tarde pude conocer la clínica en su conjunto y darme cuenta de que prácticamente ocupaba todo el segundo piso del edificio. En total, contabilicé cinco consultorios, más los laboratorios de sangre, rayos X y una habitación en donde se encontraba una máquina bioenergética traída de Alemania y donde se realizaban “cuadros energéticos”, tratamientos quiroprácticos y todo tipo de terapias físicas.

Cada uno de los cinco consultorios era ocupado por un especialista y, en términos generales, se componían de una camilla, un biombo para los pacientes, y un escritorio con tres sillas: una silla para el médico y las otras dos para la persona que asistía a consulta con su posible acompañante. Los consultorios se encontraban personalizados con algunos equipos, instrumentos médicos, medicinas y objetos personales de los doctores que los ocupaban. El color blanco de las paredes, pisos y ropa de cama eran también acordes con los de cualquier clínica, lo cual ha simbolizado para la cultura Occidental u occidentalizada desde el siglo XVIII: pulcritud, higiene, y más que nada, salud.

La idea era que esa tarde, una vez mi amiga saliera de su consulta con el doctor Benavides, abordáramos al doctor Rojas por intermedio de este último, teniendo en cuenta que ambos laboraban en esa clínica y eran grandes amigos⁴. Nuestra pequeña estrategia surtió efecto y sin ningún problema fuimos relacionados en la sala de espera con el doctor Rojas, quien amablemente aceptó concederme una cita al día siguiente a las 10:00 a. m., para exponerle en detalle el propósito de mi investigación, puesto que apenas había podido esbozársela en aquel momento.

Naturalmente, llegué a la hora acordada y me anuncié con la recepcionista. Ella me pidió tomar asiento para ser llamado en un momento. Luego de hacer una pequeña llamada por línea interna, me notificó que debía aguardar unos minutos mientras el doctor terminaba de atender a un paciente. Aguardé cerca de una hora hasta que la señorita de la recepción me dio la mala noticia que el doctor Rojas no podía recibirme esa mañana, “porque se le habían alargado las consultas y estaba descuadrado de tiempo”. Sin embargo, me mandó decir con ella que si gustaba podía darme la cita para el día siguiente, hacia las 5:00 p. m. Esa tarde ni siquiera llegó al consultorio, pero pude entablar una agradable charla, al calor de un café, con el médico de mi amiga.

No desperdiicé la oportunidad y le planteé mi investigación sobre los “males del alma” o “enfermedades mentales” al doctor Benavides, el cual ya había escuchado algo sobre ésta, dos días atrás, en el momento que hablé con el doctor Rojas. Noté que le interesaba mi proyecto, pues estuvo atento y receptivo. Luego, él me contó algunos casos de sus pacientes con este tipo de males o enfermedades y la manera como los había tratado. También me habló sobre sus viajes por Latinoamérica y Europa, dedicados a aprender o mostrar su trabajo a través de charlas o conferencias. “En total”, me dijo con gran modestia y mientras suspiraba como un gesto de resignación: “llevo casi cuarenta años dedicados a la medicina”.

Advertí en ese momento y también lo pude constatar posteriormente, que el doctor Benavides es una persona de ademanes pausados, sumamente tranquila y algo calculadora, que se toma su tiempo antes de hablar sobre algún tema. De igual manera, inspira confianza en su interlocutor y consigue que éste hable o exprese su pensamiento.

El doctor Benavides es una persona de rasgos faciales expresivos y marcados, de tez trigueña, ojos oscuros de forma almendrada y de cabello corto totalmente canoso. Su estatura es de 1 m y 70 cm, aproximadamente, y la complexión acorde con su talla; es decir, entre 70 y 75 kilos.

4 Algunos meses después supe que la amistad entre los doctores Santiago Rojas y Nelson Benavides se había mantenido por más de veinte años.

Cuando nos despedimos me dio sus datos de contacto y me manifestó complacido que colaboraría con mi investigación en todo lo necesario. El doctor Benavides no solo se convirtió en mi informante clave, como lo referí atrás, sino que también hemos entablado una grata amistad que hasta la fecha se mantiene. Respecto al doctor Rojas, tuvimos sucesivos encuentros, aunque todos breves, y comprobé que realmente era y sigue siendo un hombre ocupado y abrumado por los compromisos de su vida profesional.

*Imagen 2:
Alicia Vega y el
doctor Nelson
Benavides
Vargas en su
consultorio
durante el mes
de abril de
2008.*

Fuente: elaboración propia.



Por esos días supe que el doctor Rojas era un médico académico, titulado en la Universidad Militar Nueva Granada quien, además, tenía varias especialidades en medicina alternativa en el exterior⁵. Por el contrario, el doctor Benavides aunque tiene formación universitaria, no es médico y ha incorporado sus conocimientos y saberes médicos de manera empírica o a través de seminarios y cursos. No obstante, ambos ilustran cómo las concepciones y las prácticas médicas, tanto académicas como tradicionales, circulan en la actualidad de un lado a otro. Es decir, los médicos académicos cada vez más se interesan por aprender sobre medicina tradicional y los médicos tradicionales buscan formarse en medicina académica. Un hecho revelador también en este sentido es que la Universidad Nacional de Colombia hubiese abierto recientemente la Maestría en Medicina Alternativa (<http://www.medicinaalternativa.unal.edu.co/maestria.html>), con las siguientes líneas de estudio:

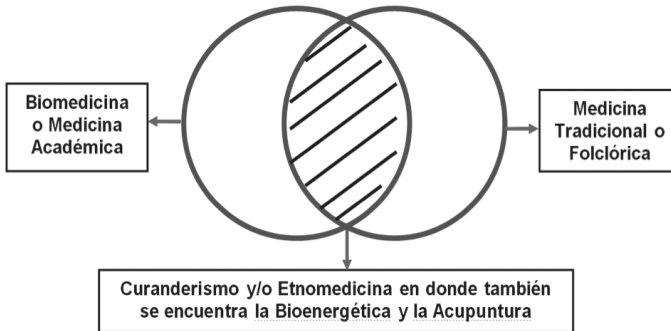
- Homeopatía.
- Medicina Tradicional China y Acupuntura.
- Osteopatía y Quiropraxis.
- Terapia Neural.

Se anotó en la introducción de esta investigación que el curanderismo o la etnomedicina conjugan de manera estratégica concepciones y terapéuticas médicas (académicas y tradicionales) de distintas culturas del mundo. Sin embargo, también se estableció que sigue teniendo un fuerte sustrato indígena respecto a las terapéuticas médicas, puesto que se han mantenido en constante circulación

⁵ El doctor Santiago Rojas se especializó en cuidados paliativos oncológicos y en homeopatía con el grupo PHI en Francia y en esencias florales con la Escuela de Terapeutas Florales Edward Bach en Buenos Aires. Entre sus obras más destacadas se cuentan: *La armonía de las formas* (2007), *Desintoxicarte* (2010) y *Esencias florales para cada momento* (2011).

entre los pueblos de tierras bajas (selváticas) y los de tierras altas (andinas). En el caso particular del doctor Nelson David Benavides Vargas, debe decirse que esta circulación entre terapéuticas locales y globales se constata al evidenciar en sus concepciones y prácticas médicas la mixtura de “conocimientos” y de “saberes” culturales (americanos, africanos, orientales y europeos).

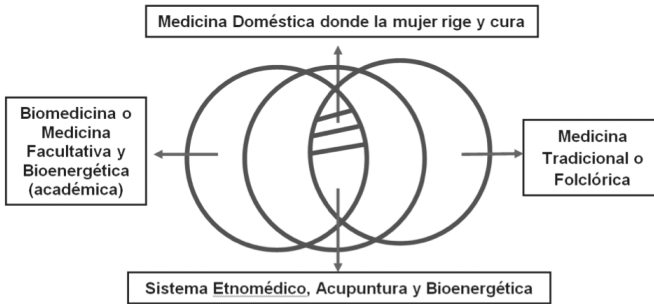
Los “conocimientos” médicos se encuentran inscritos más en la esfera académica y los “saberes” médicos responden al orden de la cultura tradicional (Good, 2003). De este modo, el conocimiento/saber médico del doctor Benavides podría ubicarse entre los dos tipos de medicina de la siguiente manera:



*Imagen 3:
Ubicación del
curanderismo
en relación con
los demás sis-
temas médicos*

Fuente: elabo-
ración propia.

Sin embargo, existe un tercer campo que es el de los saberes domésticos y el cual se encuentra regido por la mujer, puesto que ésta es la encargada de decidir cuándo y a cuál médico recurrir, al tiempo que ella misma puede hacer las veces de curandera o sanadora (Uribe, 1999).



*Imagen 4:
Ubicación de
la medicina
doméstica
respecto a los
demás sistemas
médicos*

Fuente: elabo-
ración propia

El doctor Benavides lleva buena parte de su vida investigando sobre los diversos saberes médicos de las culturas indígenas americanas, contenidos tanto en la flora como en la fauna del continente. Pero a este trabajo se fue sumando el estudio de la cosmogonía y la cosmología indígena respecto al nacimiento, la vida, la muerte de los seres y su relación (vitalista o energética) con las fuerzas creadoras del cosmos y de la Madre Tierra. “Sin lugar a dudas”, afirma el doctor Benavides, “la primera cultura que llamó mi atención fue la Muisca” y en particular, la que se asentó en Sogamoso, la ciudad donde se crió, conocida a su vez como la ciudad del sol, puesto que ahí el Zaque en compañía de su séquito rindió culto al dios sol (Xué).

Gracias a la orfebrería y la alfarería de los muisca que reposaba en el museo de la ciudad, El Templo del Sol, el doctor Benavides empezó a interesarse desde niño por aquella cultura:

Como cualquier chiquillo sogamoseño me cautivaba ese pasado mítico y a un mismo tiempo trágico que nos enseñaban en el colegio sobre los muisca. En el seminario de la ciudad, donde me eduqué, el plan por excelencia era ir por lo menos una vez al año al museo, sin importar el curso en el que uno estuviera (comunicación personal, 10 de mayo, 2007)⁶.

Aunque el doctor Benavides nació en Duitama (Boyacá) en 1945, sus primeros años de vida transcurrieron en la ciudad de Sogamoso, hasta su traslado a la capital del país, Bogotá, donde estudiaría en primera instancia Artes Plásticas en la Universidad Nacional de Colombia. Su hogar, compuesto por los dos padres de origen santandereano y ocho hermanos más, de los cuales, él era de los menores, estuvo marcado por las privaciones económicas propias de una familia numerosa. Así mismo, fue por causa de la violencia bipartidista desatada en el país, tras la muerte del “Caudillo del Pueblo”, Jorge Eliécer Gaitán (el 9 de abril de 1948), que la familia Benavides Vargas tuvo que abandonar la ciudad de Duitama, pues sencillamente la inclinación política del jefe de hogar (liberal) no comulgaba con la tendencia de la mayoría de sus habitantes. De este modo es que, con premura y varias amenazas de muerte, dejaron atrás casi todos sus bienes y terminaron por radicarse en Sogamoso, ciudad vecina a Duitama, donde predominaba la facción política conservadora. Su vida de estudiante de Artes Plásticas en la Universidad Nacional de Colombia se encaminó por el estudio de las formas, texturas y simbolismos de la producción material Muisca, entre otras, con el único propósito de poder plasmarlos en su propia obra artística. El doctor Benavides me refirió también que durante esos años de estudiante, el eco aún vivo del muralismo mexicano y, en particular, los movimientos indigenistas y latinoamericanistas, terminaron por definir su fascinación y compromiso por el legado cultural precolombino de nuestro país. Finalmente, consiguió su título de Maestro en Artes Plásticas a la edad de 22 años, tras cumplir con los tres años exigidos por la facultad, la cual funcionaba en aquella época en la Casa del Marqués de San Jorge, en la carrera 6 n.º 7-43.

El resultado de toda esta experimentación artística sobre los muisca le llevó a obtener el primer puesto en la Bienal Nacional de Artes de 1976. Además, su obra recibió en el marco del evento una crítica favorable de una de la más importantes artistas colombianas de la época, Martha Traba.

Lo cierto es que el doctor Benavides terminó por abandonar su vida de artista, aparentemente tras los múltiples problemas económicos y familiares que venía experimentando por aquel entonces. Para dicho momento el doctor Benavides se encontraba casado con una joven, Rosa Elvira Escobar, de cuya unión nacieron tres hijos. Pero esta unión estaría destinada a disolverse, puesto que hacia el año de 1978 conoció a Ana Ligia Arango, su actual compañera, con la cual estableció un nuevo hogar. La familia de Ana Ligia, los Arango, estaba conformada por reputados “guaqueros” (personas dedicadas a la búsqueda de tumbas prehispánicas con fines lucrativos) del departamento de Antioquia, de donde eran oriundos.

6 Entrevista realizada al dr. Nelson David Benavides Vargas, el día 10 de mayo de 2007, en su consultorio ubicado en la Av. 15 N° 124, Bogotá D.C.

El Lavapatas y los giradiscos

El doctor Benavides, en compañía de Ana Ligia Arango, empezaron a participar en aquellas “correrías” de la familia Arango y, así mismo, a investigar más a fondo sobre las concepciones y las prácticas médicas de las culturas indígenas de nuestro país. En particular, se centraron en el estudio del llamado “Lavapatas” de la cultura de San Agustín, el cual era una “auténtica clínica de hidroterapia y fisioterapia”, como lo publicó la *Revista Médico Madrid* tras haber entrevistado a la pareja en mención en el año de 1986 (véase anexo 1). Además, añadía el mencionado artículo que

A unas cuantas horas de camino se halla un pozo milenario *La Cabaña* cuyas calientes aguas, al igual que las heladas del Nevado del Tolima, uno de los más importantes del país, fueron trasladadas por los nativos a través de un rústico acueducto construido con guadua hasta el *Lavapatas*. Para completar esta técnica, utilizaban los sobijos, en los que hacían un balanceo muscular perfecto, que no era otra cosa que lo que hace hoy la fisioterapia (1986, p. 18).

Para el doctor Benavides el “Lavapatas” de San Agustín fue, sin lugar a dudas, “una clínica de sanación integral” en donde se practicaba la “curación por el agua, por el sonido, por el barro y por las hierbas” (comunicación personal, 6 de junio, 2007).

Paralelamente, Ana Ligia Arango y Nelson David Benavides quienes ya empezaban a gozar de reconocimiento como doctores e investigadores de la medicina prehispánica en algunas ciudades de Colombia y España, centraron su estudio en las propiedades terapéuticas de los discos encontrados en el departamento de Nariño, que pertenecieron a la cultura Piartal-Tuza. En total, suman quince discos de diferentes texturas, motivos y colores, compuestos a su vez por aleación de oro y bronce con micropartes de plata y platino. Estos discos, que actualmente reposan en el Museo de Oro de Bogotá y de los cuales los doctores Arango y Benavides hicieron unas réplicas a escala, también poseían un orificio central y evidenciaban desgaste en ese mismo punto por el uso, lo que les permitió afirmar que se trataba de giradiscos.

En una entrevista realizada en 1995 por una revista española, *Más allá*, el doctor Benavides y su esposa, la doctora Ana Ligia Arango hicieron referencia a las formas y propiedades médicas de los giradiscos:

Algunos de los diseños de estos discos, que tienen un diámetro de entre catorce y diecinueve centímetros, son similares al material que hoy utilizan los modernos hipnólogos, así que enfoqué los estudios en esa dirección [...]. Pero pronto nos dimos cuenta de que poseían efectos terapéuticos más amplios. Actuaban del mismo modo sobre las personas que los miraban como sobre los que permanecían con los ojos vendados, y actuaban tanto en movimiento como parados. Hoy estamos en condiciones de afirmar que los giradiscos fueron utilizados por nuestros antepasados como instrumentos psíquicos y medicinales. Nuestros chamanes fueron grandes incursionistas en los laberintos de la mente e idearon artefactos para relajarla, para estimular su capacidad curativa o para modificar su estado de conciencia. Los giradiscos actúan en todos estos niveles. La luz o el poder real del sol incidían sobre ellos y en su giro creaban un juego de luces y sombras, un balanceo entre los espacios positivos y negativos que permitía la relajación mental y era la puerta a estados de éxtasis religioso y de autocuración [...] (Labarta, 1995, p. 52)⁷.

Ese mismo año, la revista española *Año Cero* también les publicó a los doctores Arango y Benavides otro artículo sobre los giradiscos de la cultura Piartal-Tuza, el cual, se encuentra en el anexo 3.

⁷ Véase el artículo completo en el anexo 2.

Imagen 5: La doctora Ana Ligia Arango Arango, esposa del doctor Benavides, revisando los bocetos de los giradiscos de la cultura Piartal-Tuza que fueron replicados y posteriormente, expuestos en Europa entre 1994 y 1996.

Fuente: Archivo personal del doctor Benavides.



Imagen 6: El doctor Nelson Benavides Vargas elaborando algunos bocetos de giradiscos de la cultura Piartal-Tuza en compañía de un ayudante.

Fuente: Archivo personal del doctor Benavides.

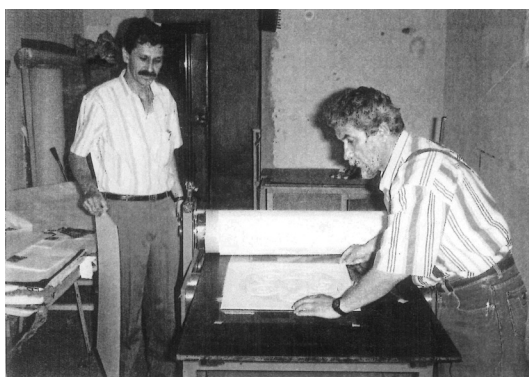
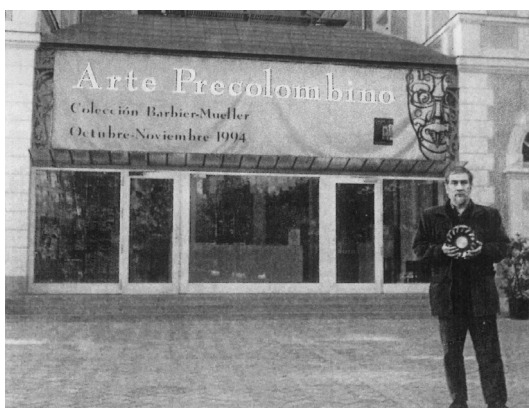


Imagen 7: El doctor Nelson Benavides Vargas a las afueras del Museo de Arte Precolombino Barbier Mueller en Barcelona, en donde expuso las réplicas de los giradiscos en 1994.

Fuente: Archivo personal del doctor Benavides.



El doctor Benavides me dijo, además, que “de los quince giradiscos encontrados: siete se encuentran en el Museo del Oro, uno en el Museo Nacional, como seis en el Museo Arqueológico de Nariño y en Londres, uno, el de [forma de] estrella” (comunicación personal, 15 de agosto, 2007)⁸.

Los resultados de la investigación tanto del “Lavapatas” de San Agustín, como la de los giradiscos de Nariño fueron publicados también en el libro *Los aborígenes americanos y las raíces de la medicina*, avalado por la Comisión del V centenario adscrita al Museo del Oro de Bogotá, en 1992 (véase anexo 4).



Imagen 8: El doctor Nelson David Benavides Vargas sostiene uno de los giradiscos de la cultura Piartal-Tuza que se encuentran en el Museo del Oro de Bogotá. Noviembre de 2008.

Fuente: archivo personal del doctor Benavides.



Imagen 9: El autor y el doctor Benavides en el Museo Nacional de Colombia. En el fondo, se aprecia el único giradiscos de la cultura Piartal-Tuza que se conserva en ese museo. Abril de 2008.

Fuente: fotografía del autor.



Imagen 10: Giradiscos de la cultura Piartal-Tuza que se encuentran en la ciudad de Pasto. Diciembre de 2010.

Fuente: fotografía del autor.

8 Entrevista realizada al doctor Nelson David Benavides Vargas en su residencia al nororiente de la ciudad.

La Cruz Andina

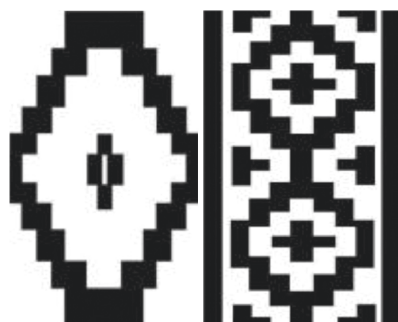
Durante la década de 1990, el doctor Benavides estableció una clínica bioenergética y homeopática en la ciudad de Cali, en donde aparte de investigar las diferentes terapéuticas de los chamanes del suroccidente del país, empezó sus indagaciones sobre la famosa Cruz Andina. La *Chakana*, como se le conoce en lengua quechua, cuya antigüedad es milenaria e inmemorial, circuló entre los pueblos andinos (particularmente entre los incas), con la finalidad de representar la constelación guía del hemisferio sur. También simbolizó la relación y el equilibrio de la propia Pachamama con el cosmos en los siguientes aspectos: cuatro direcciones del universo, cuatro elementos naturales, cuatro estaciones cíclicas, cuatro edades biológicas y cuatro cuerpos existenciales: cerebral, afectivo, físico y espiritual (Lozano, 1994).

El doctor Benavides no tardó en encontrarle propiedades terapéuticas a la Cruz Andina al sostener que los flujos energéticos del universo atraviesan constantemente a los seres vivos y también a los inertes (con mayor facilidad a ciertos cuarzos o gemas), lo que le da a las personas la posibilidad de equilibrar su energía (física, mental y espiritual) y por tanto, de curar o de prevenir las mismas enfermedades que las aquejan.

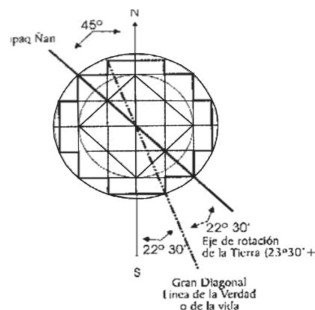
Así, en su libro *La Cruz Cuadrada Andina* (2004), el doctor Benavides sostiene que ésta tiene la propiedad de equilibrar los diferentes “chakras” del cuerpo humano, siempre y cuando se construya respetando su geometría perfecta, al tiempo que se potencie su poder con ciertos materiales conductores de la energía (como los mencionados cuarzos o los metales). Por estas propiedades médicas de la Cruz Andina, el doctor Benavides ha empezado a comercializar una versión en plata de la misma y con incrustaciones de cuarzos, con el ánimo de que sus pacientes o conocidos la adquieran por sus “propiedades terapéuticas” o como “joya”.

Imagen 11:
Modelos e
interpretaciones
de la Cruz
Andina

Fuente: Benavides (2004, pp. 21-35).



Representación de la Cruz Andina en los tejidos indígenas.



Interpretación astronómica y matemática de la Cruz Andina.

La curación cuántica y la Nueva Medicina Germánica

El doctor Benavides confiesa que no solo se ha apoyado en las teorías vitalistas o cósmicas americanas u orientales, como se verá a continuación, sino en las reinterpretaciones que hicieron médicos facultativos occidentales a comienzos de la década de 1990, bajo los principios de la física cuántica. Este es el caso del conocido doctor Deepak Chopra, bioenergético académico, que postuló “la curación cuántica” de las enfermedades mediante el impulso y el equilibrio de los

pensamientos a través de la mente y del cuerpo humano. Los pensamientos, según esta teoría, son partículas subatómicas que en su trayecto por el cuerpo humano son capaces de programarlo de forma negativa o positiva (Chopra, 1994). Ahora, este proceso se encuentra más documentado por la ciencia médica y es conocido como “efecto placebo”; sin embargo, cuando la carga de los pensamientos es negativa se “psicomatiza” o programa desde la mente una enfermedad.

Otra de las teorías estudiadas por el doctor Benavides fue la promulgada por el médico alemán Ryke Geerd Harmer, en su tesis posdoctoral titulada *Germanica Nueva Medicina-GNM* (1981), en donde sostuvo que las enfermedades se originan en la “psiquis” o “mente”, y luego tienen repercusión “somática” u “orgánica”. Este planteamiento se encuentra a su vez sustentado por “cinco leyes biológicas”. La primera de ellas, el “conflicto biológico”, contempla que las enfermedades humanas obedecen a los eventos o sucesos inesperados de gran intensidad y conflictividad, por ejemplo, la muerte de un ser querido. La segunda ley hace alusión a la segunda fase de la enfermedad, en la que ésta se manifiesta con diferentes síntomas al afectar el sistema nervioso parasimpático, el cual es el encargado de controlar las funciones y actos involuntarios. La tercera ley propone que el conflicto biológico, al encontrarse anclado en el tronco cerebral (unión del mesencéfalo y el bulbo raquídeo) que controla diferentes partes del cerebro (tejidos derivados del endodermo y el cerebelo), desarrolla células tumorales o bien propicia la destrucción de las mismas células en los diversos tejidos u órganos del cuerpo. La cuarta ley refiere que los microbios no causan las enfermedades y, por el contrario, el cuerpo los emplea en momentos determinados para optimizar su funcionamiento. La última ley sostiene que las enfermedades son experiencias que permiten a las especies hacerles frente a las situaciones de emergencia a lo largo de la evolución.

Homeopatía y otros sistemas bioenergéticos de la medicina tradicional: vibracional, ayurvédica y acupuntura

Junto con el estudio de la medicina bioenergética académica de Deepak Chopra, el doctor Benavides incursionó en el estudio de otros sistemas bioenergéticos inscritos en plano de la medicina tradicional de distintas culturas y, a la postre, los fue conjugando, puesto que todos se relacionaban con los flujos energéticos de los cuerpos humanos y de cualquier forma de vida en general.

El primero de estos sistemas fue el denominado *vibracional* o *poliédrico*, basado en las propiedades médicas de las figuras geométricas, que desde la antigüedad habían fundamentado buena parte de los conocimientos aritméticos, astronómicos, geométricos y hasta musicales de los egipcios, y posteriormente, matemáticos de la cultura griega. Pero las propiedades médicas de los poliedros solo empezaron a investigarse hasta el descubrimiento del cuarto estado de la materia, el plasma energético que, según el doctor Benavides, es un compuesto ionizado con cargas positivas y negativas, el cual se halla en todos los seres u objetos del universo. Los otros tres estados de la materia reconocidos por las ciencias naturales son los sólidos, líquidos y gaseosos, aunque también los científicos han determinado una forma intermedia de la materia, que es la coloidal o gelatinosa (Sánchez, et ál., 2008).

Este cuarto estado de la materia, anota el doctor Benavides

Se puede ver con una cámara fotográfica especial, inventada por un ruso [Simón Kirlian en 1939], que muestra el aura de las personas o las cosas [...]. De acuerdo al color del aura de una persona registrado por la fotografía, se puede determinar si una persona está enferma, a punto de enfermarse o sana. Los colores que reportan las personas saludables son entre un azul claro y un verde agua marina; y el de las enfermas, es más tirando hacia los colores cálidos como el rojo, naranja o el amarillo (comunicación personal, 25 de agosto, 2007).

Finalmente, refiere el doctor Benavides que en el caso de las personas enfermas se les pueden realizar diferentes “cuadros energéticos” con base en las propiedades geométricas perfectas de los poliedros. De este modo, estimulando los seis centros de energía del cuerpo con los poliedros, llamados chakras por la medicina hindú o ayurvédica, es que gradualmente el órgano o la parte enferma va recorriendo su normal funcionamiento. Es más, cada célula u órgano genera o posee su propia energía y ésta, a su vez, produce una vibración particular que se corrige con los poliedros en el caso de encontrarse afectado. De ahí proviene el nombre de medicina vibracional de este procedimiento de la medicina alternativa o bioenergética. Por ejemplo, el tetraedro o pirámide, tiene la función de restaurar las conexiones nerviosas del cuerpo para que la energía fluya libremente por éste; el octaedro se emplea para reprogramar energéticamente las células; el icosaedro (polígono regular formado por 20 caras o estructuras triangulares), ayuda a que el sistema circulatorio funcione óptimamente; y, finalmente, dodecaedro (figura formada por 12 pentágonos) sirve para regular la energía mental y en especial la relacionada con los aspectos emocionales del ser humano (N. D. Benavides, comunicación personal, 25 de agosto, 2007).

Es relevante mencionar que la medicina vibracional ha encontrado fuertes opositores en Colombia por considerársele “charlatanería” que no pasa de acuñar o parafrasear términos “seudocientíficos”. Por ejemplo, en el siguiente artículo publicado en el semanario *El Espectador*, Klaus Ziegler critica fuertemente al doctor Santiago Rojas, compañero del doctor Benavides mencionado atrás, quien es considerado como uno de los precursores de la medicina vibracional o poliédrica en Colombia:

La “Medicina Poliédrica” es una famosa terapia del antes yerbatero y médico de la Casa de Nariño, Santiago Rojas, ahora convertido en terapeuta biogeómetra, la cual promete curar enfermedades que van desde simple estrés, hasta sida, lupus y cáncer, siguiendo un protocolo bastante sencillo: basta colocar arreglos apropiados de cubos, icosaedros, tetraedros y dodecaedros de plástico de distintos colores sobre determinados órganos y chakras del cuerpo. Estos poliedros, según la teoría, tienen el efecto de “reordenar” la energía de los órganos afectados, y por ende de “armonizar” toda la energía del organismo con lo que se logra la sanación. [...]

El texto [esencias florales del doctor Santiago Rojas] se ajusta perfectamente a la receta: abunda en términos seudocientíficos como “bioplasmas”, “campos vibracionales”, “energías”, “auras”..., sin que falten alusiones a fenómenos físicos bien establecidos como los campos electromagnéticos o el halo de luz que se produce alrededor de un objeto cuando se fotografía en una cámara Kirlian. El problema es que este halo luminoso, presunta evidencia de la existencia del aura, no es más que una interpretación errónea de un fenómeno electrostático que se explica en física elemental, y que ocurre cuando el aire alrededor de un objeto se ioniza en presencia de un campo eléctrico intenso. Este fenómeno nada tiene que ver con energías bioplásmicas, puesto que también se produce alrededor de una piedra, o de cualquier mineral u objeto inanimado. Y el problema más grave es suponer que al hablar de “desbalances” de energías se esté dando una explicación de la etiología de las enfermedades, cuando

en realidad la explicación no es más que un reencauche en jerga científica de la antigua teoría hipocrática de los cuatro humores, una burda analogía semántica que no dice nada [...] (Ziegler, 2010, p. 12).

Por otro lado, el doctor Benavides me comentó que este procedimiento médico puede ir acompañado por las propiedades terapéuticas descritas atrás (los giradiscos y la Cruz Andina) o por la acupuntura. Esta última consiste en estimular los “meridianos” o los puntos nerviosos acupunturales a través de la presión que ejercen las agujas insertadas en la piel durante el procedimiento, con el fin de mantener los “flujos de energía del cuerpo”. La acupuntura ha sido empleada en el sistema médico tradicional chino por lo menos durante los últimos 2000 años, el cual, concibe a su vez que el cuerpo humano produce energía y que la enfermedad es un “desequilibrio energético” (N. D. Benavides, comunicación personal, 25 de agosto, 2007).



Imagen 12: El doctor Nelson David Benavides Vargas en su residencia durante una invitación a almorzar en agosto de 2007. Se aprecia cómo el doctor diseña y le explica a su interlocutor algunos esquemas sobre el funcionamiento de los giradiscos como instrumentos terapéuticos.

Fuente: fotografía del autor.

Desde 1976, la OMS reconoció que la acupuntura es eficaz para el tratamiento de 49 enfermedades y, a la vez, publicó un instructivo con una actualización de los meridianos acupunturales, con el fin de unificar el procedimiento en el mundo, el cual tituló: “Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura” (OMS, 1976).

Finalmente, todo este tratamiento bioenergético tiene que reforzarse, según el doctor Benavides, con medicinas homeopáticas, que básicamente son extractos de plantas y de minerales. La medicina homeopática practicada por él combina las fórmulas de los doctores Samuel Hahnemann (1755-1843) y Wilhelm Schüssler (1821-1898), ambos de nacionalidad alemana, y así mismo, los extractos del padre Leonardo González Cudeiro (1892-1971) de origen español. Este conocimiento homeopático ha sido codificado en diversos manuales, de modo que los médicos que desean incursionar en este campo médico recurren a ellos con el fin de identificar las propiedades terapéuticas de los extractos y su correspondiente código.

Los orishas

El doctor Benavides experimentó los rigores de la “persecución” de algunos médicos (académicos), quienes al advertir su “éxito profesional y económico”, decidieron “difamarlo” ante las autoridades que rigen el sistema de salud y frente a sus propios pacientes, lo cual lo obligó finalmente a cerrar su clínica en Cali y también un consultorio que había conseguido establecer en Chiquinquirá (Boyacá).

Así, el doctor Benavides, desolado y sin muchas oportunidades laborales, decidió radicarse por algún tiempo en La Habana (Cuba), así cumplió tres años de autoexilio (entre 2000 y 2003). Allí consiguió estudiar santería, proceso durante el cual atravesó los distintos “pasos de iniciación” (*Iyabó, Babalocha, Oriaté y Balalao*), para hacerse *Kariocha* o santero. Además,

Desde que la persona es registrada hasta el momento de su asiento o iniciación, éste habrá invertido varios miles de dólares⁹. Todos los rituales de ascenso en la Regla de Oché son costosos, pero el que más cuesta es el último porque se debe invitar a comer [...] a todos los santeros de la zona (comunicación personal, 22 de septiembre, 2007).

Según el mismo doctor Benavides, cada uno de estos pasos es en sí mismo un ritual terapéutico al que debe someterse el iniciado, no solo con el fin de encontrar sus poderes guías (*Orishas*), sino con el objeto de purificar su cuerpo, mente y alma.

En suma, las concepciones y las prácticas etnomédicas del doctor Benavides sobre las diversas enfermedades que aquejan al ser humano se encuentran orientadas hacia los modelos vitalistas de distintas culturas, tanto académicas como tradicionales (véase el siguiente cuadro). De igual forma, como se puede observar en los próximos capítulos, sus terapéuticas sobre los “males del alma” o “enfermedades mentales” también se regirán por este modelo.

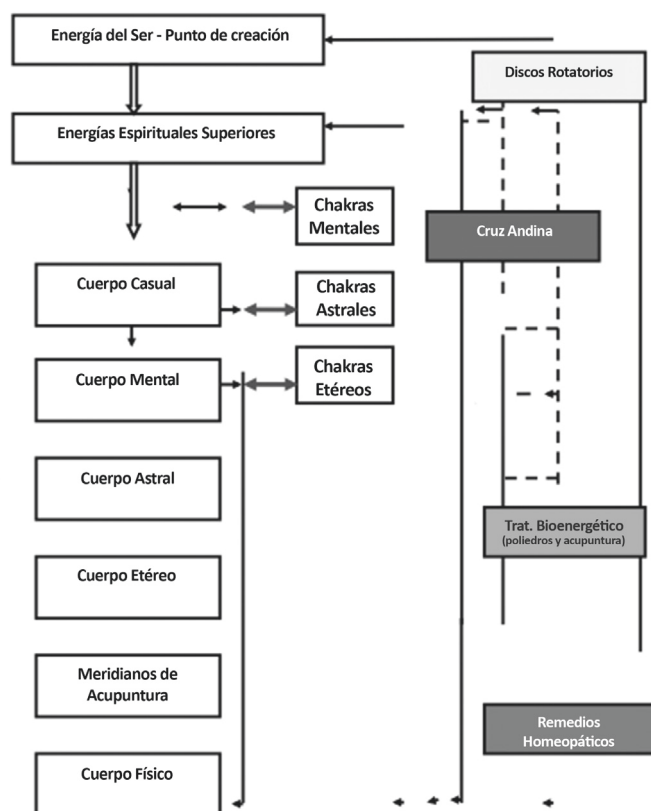


Imagen 13:
Gráfica sobre
las Concepciones
y prácticas
médicas del
doctor Nelson
David Benavides
Vargas.

Fuente: Archivo personal
del doctor
Benavides.

9 De acuerdo con el doctor Benavides, cada paso de iniciación o de ascenso en la Regla de Oché cuesta entre 5000 y 6000 dólares.

“Embrujo”

A continuación se presenta el caso de una paciente tratada por el doctor Benavides que asociaba el origen de su enfermedad a un “embrujo”, del cual creía era víctima. En este capítulo se establece, por un lado, el modelo de representación social de su enfermedad y, por el otro, las concepciones y las prácticas médicas del doctor Benavides respecto al mismo caso.

Antes de entrar a abordar el caso de “María” es necesario hacer algunas aclaraciones previas sobre la brujería; vista y entendida como un fenómeno sociocultural experimentado por diversos pueblos del planeta, en periodos concretos de su devenir histórico. En términos generales, varias culturas aducen que la magia tiene el poder de hacer el bien y, desde luego, que también puede causar mal sobre las personas. Cuando la magia busca contrarrestar el mal, como sucede en la curación de una enfermedad, se tipifica como “magia blanca” y cuando, por el contrario, tiene la función de hacer algún tipo de mal, se denomina “magia negra” o “brujería” (Gutiérrez, 1985).

Según Eliade, la brujería en muchas etimologías del mundo tiene la acepción de “ligar” a una persona por la acción de la magia. Por ejemplo, entre los griegos la palabra *KatadÉw* significa “ligar solidamente” y “embrujo” es *KatádÉouc*. En turco-tártaro, *bag*, *baj*, *boj* es a la vez “brujería”, “ligadura” y “cuerda”. *Fascinum* designa en latín “encanto, maleficio” y *ligare*, “ligar” (1983, pp. 120-121).

Entre las diferentes culturas precolombinas la magia tenía también el doble propósito de hacer el bien o el mal; sin embargo, cuando se empleaba negativamente, era el chamán, por orden del jefe local, el encargado de administrarla y dirigirla hacia una persona en particular, que socialmente se consideraba merecedora de sanción por su comportamiento (Gutiérrez, 1985).

Como se anotó en el primer capítulo, la brujería durante el periodo hispánico en el Nuevo Reino de Granada sirvió como canalizador de los problemas generados entre los diferentes componentes sociales y, al mismo tiempo, estigmatizó y controló a ciertos individuos o grupos subalternos (Ceballos, 1995). En el caso particular de los grupos étnicos afrodescendientes, se sabe que la magia y en especial la brujería, fue una poderosa aliada a la hora de soportar su estado de indefensión

e impotencia frente a la sociedad esclavista; práctica que terminó perpetuándose en muchas comunidades negras del continente americano (Bastide, 1977). Por ejemplo, Farmer (2002) muestra cómo los campesinos de Do Kay, en Haití, ejercen la brujería (como la muerte vudú) sobre sus rivales y cualquier interpretación de la realidad se encuentra mediada por las creencias mágico-religiosas. De este modo, los haitianos asocian la enfermedad del SIDA a causas brujeriles; sin embargo, el “conocimiento clínico” (occidental) de sus causas, a través de las campañas de salud pública y de los medios de comunicación, ha empezado con muchas reticencias y contratiempos a surtir efecto en la población.

Recordemos que el modelo brujo-demoníaco de los conquistadores, al imponerse sobre los demás esquemas brujeriles de los diferentes grupos étnicos neogranadinos, también significó la configuración de un modelo de hibridación cultural al respecto (Rosselli, 1968 [vol. 1]). Pero lo cierto es que la brujería practicada por una persona sobre otra (mediante elixires, bebedizos, entierros o filtros de amor, entre muchos otros), sin importar en el esquema que se encuentre inserta, es una forma de ejercer *violencia simbólica* (Uribe, 1997; Pinzón y Suárez, 1988, 1992). Por lo general, su móvil es la envidia, los celos o la misma impotencia (física y/o mental) del que la ejerce, siendo su fin el poder infligir algún tipo de mal en el otro.

En el estudio de Suárez y Pinzón (1988) sobre brujería, que se llevó a cabo por 15 hospitales psiquiátricos de Bogotá, con el propósito de establecer las diferentes concepciones de los pacientes sobre su “enfermedad mental”, se concluyó que el 60% de ellos manifestaron estar “embruados”, al tiempo que se negaban a aceptar el diagnóstico de los médicos psiquiatras. En otra investigación realizada por los mismos autores sobre curanderismo (1989-1990), se comprobó que de la extensa red de curanderos de la capital, una tercera parte era de origen boyacense. Recordemos que el doctor Benavides es oriundo de dicho departamento. Este resultado los condujo a realizar una nueva investigación en Sora, Boyacá, *Las mujeres lechuza* (1992), en donde se evidenció que la brujería (de tipo medieval) hacía parte de la cotidianidad de los lugareños como una forma de dirimir los conflictos sociales.

Pero así como la brujería medieval-renacentista se ha mantenido entre algunos sectores de nuestra sociedad, la “enfermedad mental” también sigue conservando ese sustrato mágico-religioso o mítico de origen europeo (Szasz, 1960), que se relaciona con la noción judeocristiana de “posesión” o “embrujo” por la acción de fuerzas sobrenaturales maléficas (Uribe, 1998). Dicha relación entre brujería y “locura” tendremos oportunidad de apreciarla a través de la siguiente experiencia.

El caso de “María”¹⁰

Cuando conocí a “María”, a principios del mes de junio de 2007, me refirió sobre la causa de la “extraña enfermedad”, según sus propias palabras, que la había obligado a trasladarse a la capital del país en busca de ayuda médica. María es una mujer afro-

10 Los nombres de las personas presentadas a continuación (pacientes o sus familiares) fueron cambiados por razones de confidencialidad.

colombiana, de estatura prominente (aproximadamente 1m con 75 cm) y de compleción más o menos robusta. En aquel entonces había acabado de cumplir los dieciocho años y supe que era oriunda de Buenaventura, Valle del Cauca.

Además, me contó que cinco meses antes de su viaje a Bogotá había advertido cómo el dedo índice de su mano derecha tomaba un color oscuro: púrpura. Preocupada decidió recurrir al puesto de salud de su barrio en donde los doctores después de atenderla resolvieron que lo más indicado era remitirla al Hospital de Buenaventura, con el propósito de que le practicaran los exámenes apropiados, en este caso, una “biopsia” del tejido afectado para determinar cuál era el origen de su enfermedad.

A los pocos días los médicos le diagnosticaron cáncer en su dedo, lo cual implicaba que éste debía ser amputado lo más pronto posible, pues se corría el riesgo de que se propagara por toda la mano, el brazo, y seguramente terminara haciendo “metástasis”¹¹ por sus órganos vitales.

“La cura fue peor que la enfermedad”, me refirió María con su voz ronca y a un mismo tiempo suave, sin dejar de advertir el gran desconcierto en su rostro y lágrimas en los ojos: “esos doctores lo único que hicieron fue quitarme mi dedito para luego decir que también tocaba quitarme la mano [...] Entonces, yo me deprimí y no hacía sino llorar todo el tiempo, hasta que dejé de comer y de hablar. ¡Yo de verdad, lo que quería era morirme y ya!” (comunicación personal, 22 de junio, 2007).

Sin embargo, don Manuel, el padre de María, había sido tratado de una enfermedad digestiva por un doctor que tenía una clínica de Cali hacia varios años atrás, el cual gozaba de buena reputación entre los habitantes de Buenaventura cuando éste, en compañía de su esposa, efectuaba jornadas médicas por el departamento. Ese doctor era Nelson David Benavides Vargas a quien no fue fácil contactar, como lo cuenta la propia María, pues tuvieron que buscarlo en Cali y luego, por información de algunas personas allegadas al mismo doctor Benavides, consiguieron la dirección de su consultorio en Bogotá.

Fue así como don Manuel y María decidieron, en contra de todos los pronósticos (por un lado, médicos y por el otro, familiares) y con poco dinero, partir rumbo a Bogotá con la esperanza de que el doctor Benavides la curara de su enfermedad.

La enfermedad

María pertenece a una familia de procedencia humilde, compuesta por sus dos padres y ocho hermanos (tres mujeres y cinco hombres), que se dedican principalmente al oficio de la pesca artesanal. En el momento que se enfermó, se encontraba cursando el último grado de bachillerato en la Escuela Normal Superior de Ladrilleros. La tarde que la conocí llevaba suelto su cabello rizado, algo

¹¹ El “cáncer de piel” o “melanoma en la uña” del dedo de la mano es la enfermedad más peligrosa de la piel. Los melanomas debajo de la uña son de coloración azul o negra azulada. Este tipo de malignidad es de fácil diseminación (metástasis) (Véase Lehrer, 2006)

desordenado, y tenía puesto un vestido blanco de hilo que contrastaba y resaltaba aún más el color de su piel. Al instante noté que se encontraba profundamente ensimismada y que ocultaba su mano de las miradas de la gente bajo una venda.

Pocos días después, cuando logré hablar con ella, me contó que debido al cáncer de su mano había caído a su vez en una profunda “depresión”, que la obligó a someterse a un tratamiento psiquiátrico como paciente externa durante casi dos meses en la Unidad de Salud Mental del mismo Hospital de Buenaventura y en donde finalmente le diagnosticaron “trastorno por estrés postraumático”¹².

María creía que su enfermedad obedecía a causas muy distintas a las que pudiera aducir la ciencia médica. Ella tenía la convicción de que se encontraba en aquel deplorable estado por la acción de fuerzas maléficas y sobrenaturales, específicamente por “brujería”. Diez meses atrás, María había sorprendido a su novio con otra mujer; situación que en su momento se tradujo en un “simple reclamo” al infiel compañero.

Lo cierto es que María empezó a experimentar pesadillas, en las que se manifestaba claramente la presencia de la amante, al tiempo que advirtió la pérdida acelerada de su peso corporal. A los pocos días fue cuando notó la coloración extraña de su dedo, acompañada de un desánimo general

La gente me decía que esa mujer era peligrosa y que fijo me estaba haciendo brujería. Yo no los tomaba en serio, pero las pesadillas nada que me dejaban [...] Después de que supe lo del cáncer de mi dedo y que no podía dormir, ya no dudé de que se trataba de brujería. Las cosas se pusieron peor, pues me tocó ir a donde el loquero [psiquiatra] para que me diera algo para poder dormir y así tranquilizarme [...] No mejoré en nada, cada vez me ponía peor; solo lloraba y sentía que todos querían hacerme el mal, así que ya no quería que me viera nadie (María, comunicación personal, 29 de junio de 2007).

Aquel viernes por la tarde, 29 de junio de 2007, María me compartió esta conmovedora historia, llovía a cántaros y el agua se había empezado a filtrar por los agujeros del techo de la casa de los familiares en donde se estaba hospedando durante su tratamiento. Este hecho, y sobre todo la algarabía que armaron los miembros de la casa por tapar las goteras, corriendo de un lado para otro con ollas y toda clase de recipientes para contenerlas, temí que interfiriera en la entrevista que le estaba haciendo a María. Sin embargo, ella permaneció atenta a todas mis preguntas, las cuales intentaba llevar como una conversación.

En ese momento le pedí que por favor representara como quisiera (mediante un dibujo, un esquema, o, incluso trazos al azar) sobre una hoja de papel con algunos colores que llevé ese día, su enfermedad y los efectos sobre ella. Concretamente

12 De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), que es el manual guía psiquiátrico de mayor aceptación y difusión en Norteamérica y Suramérica, el trastorno por estrés post-traumático (TEPT), denominado anteriormente como neurosis traumática, “puede afectar casi a cualquier persona que haya sufrido un acontecimiento traumático demoledor. Después del mismo, ya haya sido un accidente con riesgo para la vida, un desastre natural, torturas o cualquier otra calamidad fuera de lo común, los pacientes vuelven a experimentarlo una y otra vez y son incapaces de encontrar la paz. Estos enfermos se retiran de su vida presente, se encuentran en un estado de ansiedad y se asustan con facilidad. Pueden presentar sueños recurrentes sobre el acontecimiento o lo recuerdan sin querer durante el día. En los casos más graves parece que los pacientes estén reviviendo el episodio y actúan en consecuencia. Por ejemplo, un veterano de guerra puede tirarse cuerpo a tierra para ponerse a cubierto si un niño arroja un petardo en el parque. Los datos sobre la prevalencia de este proceso a lo largo de la vida varían mucho según los criterios diagnósticos que se utilicen, oscilando entre el 1 y el 9%. Probablemente afecta más a las mujeres que a los varones” (1998, p. 171).

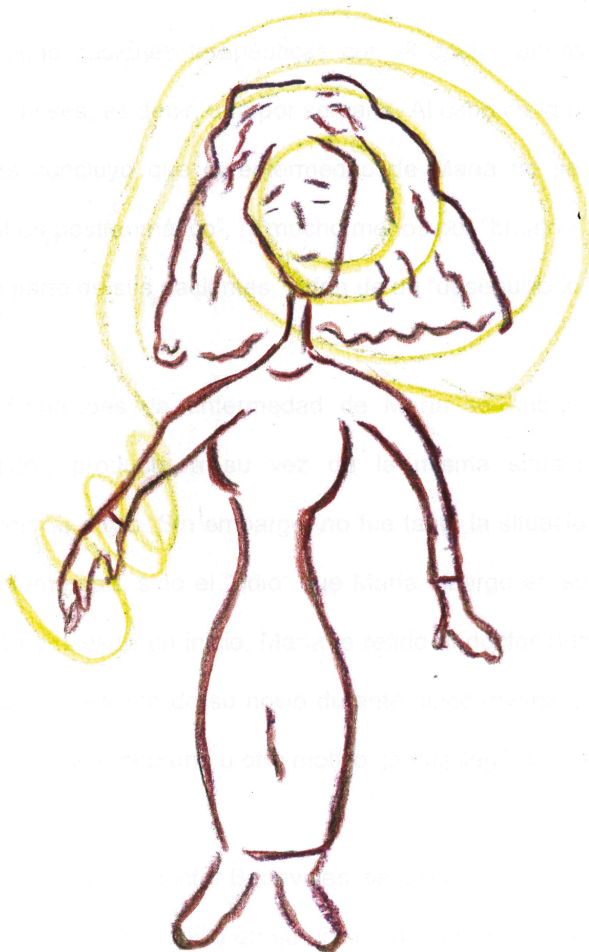
le pregunté cómo había experimentado su enfermedad y de qué manera se había manifestado. Pensé que podía retractarse de llevar a cabo el ejercicio, puesto que María era diestra y esa era su mano enferma, pero no lo hizo. Por el contrario, se mofó de la venda de su mano y lo tomó como un reto. Con trazos “torpes”, según ella, aunque bastante delicados para mí, realizó el bello dibujo con su mano izquierda que se aprecia más adelante.

El dibujo es una mezcla entre su concepción brujeril sobre la enfermedad y el esquema médico establecido por el doctor Benavides respecto al mismo padecimiento. Es decir, María había reinterpretado su enfermedad con los nuevos elementos conceptuales aportados por el doctor Benavides durante el tratamiento. Por ejemplo, en la representación de María sobre su enfermedad, que aparece a continuación, se observa una fuerza ajena a su cuerpo o “brujería” según ella, que lentamente va delineando una espiral ascendente, la cual termina envolviendo todo su brazo hasta invadirle y afectarle su cabeza. En palabras de María: “la brujería fue la que hizo que se me bajaran las defensas de mi cuerpo, me pusiera flaca [...], me diera ese cáncer y que luego, me entristeciera casi hasta morirme” (comunicación personal, 29 de junio de 2007).

Aunque mi propósito consistía en determinar de manera concreta cuál era el esquema mágico-religioso que María concebía sobre su enfermedad, lo poco que logré constatar al respecto a través de su testimonio fue el hecho de que los “maleficios” probablemente provenían de la amante de su pareja y que uno de sus familiares le aconsejó en repetidas ocasiones, como “contra” hacia esas fuerzas maléficas, rezar el “Secreto del gran poder de Dios” (el cual se transcribe y comenta más adelante). Sin embargo, ella jamás se lo aprendió y, por tanto, no lo empleó.

Este conjuro, al igual que otra serie de “contras” o también denominados “secretos” (como el “Secreto de la Virgen del Carmen”, la “Oración para pelear” y el “Secreto de la amansajusticia”), se encuentra bien difundido en el departamento del Chocó, pero se sabe muy poco de su empleo en otras regiones del país. De acuerdo con Germán de Granada (1977), los conjuros o secretos que han sido adoptados por la población afrocolombiana de la región chocoana son, en su gran mayoría, de origen español y se remontan a la Edad Media y al Renacimiento. Esta afirmación se puede corroborar al comparar, según él, las estrofas que componen los secretos o contras conservados por la tradición oral de la región en mención, con las estrofas de los versos presentes en la literatura (como en la propia obra *La Celestina*) y en algunos procesos o juicios llevados por las autoridades eclesiásticas y civiles en contra de las personas acusadas de herejía o brujería durante los siglos XVI y XVII en diferentes provincias del Nuevo Reino de Granada. Asimismo, en la actualidad se pueden encontrar estos contras en la tradición oral panameña y venezolana.

El hecho de que estos conjuros se hayan preservado sin mayores cambios entre la población chocoana y posiblemente en algunos sectores de la valluna, encuentra su explicación en los procesos de aculturación de los españoles hacia los demás grupos étnicos subalternizados (indígenas y africanos), llevados a cabo durante el periodo de dominación española y reproducidos a la postre por el grupo social dominante o las élites del país (políticas y económicas). Así, las prácticas



*Imagen 14: Representación de la enfermedad de "María"**

* Este dibujo fue elaborado por María, con su mano izquierda el 29 de junio de 2007, en su residencia en el suroccidente de la ciudad.

culturales en general de las denominadas “castas”, entre estas los esclavos y libertos, fueron censuradas por las autoridades neogranadinas al considerárseles paganas o demoníacas, como se refirió atrás, y por tanto, son escasos los documentos de la época que hablan abiertamente de las actividades que llevaron a cabo estos grupos sociales.

Sin embargo, se sabe que durante todo el periodo hispánico, especialmente en el primer siglo de desembarcos de negros esclavos provenientes de África a Cartagena de Indias, se constituyeron algunos cabildos de negros en donde la organización giró en torno a los distintos orígenes tribales, étnicos o nacionales. En estos cabildos de negros se realizaron a su vez algunas actividades de esparcimiento, pero muy seguramente también prácticas rituales disfrazadas, como las danzas o los cantos acompañados por los ritmos acelerados de los tambores, los cuales estuvieron condicionados por la mirada fiscalizadora o censurante de las autoridades. El exiguu tiempo de recreo de los esclavos en dichos cabildos correspondió más a una táctica de los sectores dominantes de la población, con el propósito de “erosionar cualquier brote de solidaridad rebelde” (Friedemann, 1989, p. 53).

Además, puede aseverarse que las disposiciones o concesiones jurídicas impartidas por la Corona española o el gobierno virreinal¹³, no garantizaron o no posibilitaron que la población esclava neogranadina pudiera preservar, acomodar o reconfigurar su cultura, obligándola a recurrir a una vida paralela y subrepticia (como las celebraciones nocturnas acompañadas de cantos y danzas) en la rígida y jerárquica sociedad neogranadina (Díaz, 2009). Por otro lado, fue impulsada también a llevar a cabo diversas rebeliones y fugas (individuales o colectivas), las cuales pueden contarse entre los actos más importantes de oposición y de resistencia del negro esclavo en la sociedad esclavista durante el periodo hispánico¹⁴.

Es por esto que el modelo brujeril español adaptado al esquema mágico-religioso de los grupos étnicos que se encontraban en la escala social más baja, se convirtió en un paliativo o en un medio para contrarrestar su estado de vulnerabilidad (Price, 1973; Bastide, 1977; Bowser, 1977; Taussig, 1979) y como una forma también para resolver los conflictos cotidianos (Ceballos, 1995), como se ha anotado atrás.

Finalmente, este es el “Secreto del gran poder de Dios” al que hizo alusión María:

13 Los esclavos neogranadinos contaron con algunas disposiciones jurídicas para conseguir su libertad o mejorar en alguna medida su condición (material y espiritual) hacia finales del siglo XVIII, las cuales, sea dicho de paso, estuvieron fuertemente condicionadas o restringidas. Tales medidas fueron: 1) la compra de la libertad por parte del propio esclavo (Carta de Ahorro o de Libertad); 2) la manumisión “espontánea” que efectuaron algunos amos hacia sus esclavos; 3) el cambio de amo al que podían recurrir los esclavos, siempre y cuando se comprobaran algunos abusos e irregularidades de parte de los amos contra sus esclavos (por ejemplo, malos tratos o el hecho de no proveerlos de ropa o de alimentos); 4) la concesión para la población esclava de no trabajar los días festivos ni domingos (según una real cédula del año de 1772); y 5) la Real Cédula de Aranjuez del 31 de mayo de 1789, compuesta por catorce capítulos en los cuales se contemplaba el tipo de educación, el trato y las ocupaciones que los amos debían asignar a los esclavos, en cuanto ratificaba el “derecho” de poder cambiar de amo (Tovar, 1992).

14 En relación con la formación de palenques en el Nuevo Reino de Granada, los estudiosos del tema sostienen que éstos tendieron a multiplicarse en todo el virreinato hacia la segunda mitad del siglo XVIII, momento en el cual se emitieron más disposiciones jurídicas respecto a los periodos precedentes, destinadas a proteger a los esclavos, en tanto que empezaron a circular ideas de corte antiesclavista o abolicionista provenientes del extranjero. De este modo, entre los siglos XVI y XVII se dieron seis y ocho casos, respectivamente, de constitución de palenques en territorio neogranadino, mientras que en el siglo XVIII encontramos doce casos, la mayoría de ellos, formados hacia la segunda mitad de la centuria (Jaramillo, 1963; Azopardo, 1990; Tovar, 1992; Benavides, 2004, 2009).

Bravo vienes como león
 Manso entres en mi corazón
 Así como entró Jesucristo
 En su sagrada pasión.

[A mis enemigos]
 Con dos los miro
 Con tres los ato
 La sangre les bebo
 El corazón les parto
 En el nombre del Padre
 Del Hijo y del Espíritu Santo.

El gran poder de Dios me valga
 Y la fuerza de la fe
 Mi padre San Antonio
 Y mi padre San José
 Creo en mi padre franciscano [?]
 Y en la Encarnación divina
 Que me han de dar fuerzas siempre
 Para pegar a este gran enemigo
 (Granada, 1977, pp. 168-169).

De acuerdo con Pinzón y Suárez (1988 y 1988) en los consultorios de los curanderos en Bogotá entre las décadas del setenta y el ochenta, una de las consultas más solicitadas por las mujeres de los sectores sociales populares de la ciudad fue sobre brujería o hechicería. Esta tendencia puede atribuirse al hecho de que la mujer perteneciente a estos sectores relaciona todos sus impases afectivos con la intromisión de otra mujer en alguno de los aspectos de su ciclo vital (amoroso, familiar, amistoso, entre otros).

Sin embargo, Uribe (2003) demostró también que la inclinación hacia la brujería como un mecanismo de defensa o de resolución de conflictos abarca a más sectores o grupos sociales que el de las mujeres. Por el contrario, los diferentes actores armados que hicieron su irrupción entre las décadas del setenta y ochenta en Colombia han recurrido notablemente a los artificios de la magia o la brujería para protegerse o infligir algún mal a sus enemigos.

El doctor Benavides me comentó que gran parte de sus pacientes pertenecientes a todos los sectores socioeconómicos de la capital y de otras ciudades del país que han recurrido a su consulta, tienden a interpretar el origen de sus enfermedades con maleficios o brujerías que un tercero les ha ocasionado. Pero éste, aunque cree en las fuerzas en mención, prefiere indagar primero sobre las “causas psicósomáticas” que pudieron generar la enfermedad (comunicación personal, 7 de julio, 2007).

Cuando me despedí de María, me dijo en un tono de voz tierno pero firme: “que Dios lo bendiga”. De camino a mi casa pensaba que la excelente actitud de María frente a mi investigación obedecía más a un gesto de gratitud hacia al doctor Benavides y tenía que ver muy poco, o nada, conmigo. Pero después comprendí que las personas al atravesar por experiencias duras como la enfermedad, si consiguen verbalizar sus

problemas descansan o se liberan de algunas de estas cargas agobiantes y, por tanto, agradecen inmensamente el hecho de ser escuchadas. Esto no lo digo con el sentido y el fin de ponderar los resultados del tratamiento psicoanalítico, sino más bien con el ánimo de reevaluar el poder preventivo o terapéutico que puede llegar a alcanzar la palabra o la narrativa de la enfermedad del propio doliente (Cortés, Uribe y Vásquez, 2005).

El tratamiento

María asistió a ocho sesiones terapéuticas con el doctor Benavides, todas ocurrieron en el transcurso de dos meses; es decir, una por semana. Al cabo de la primera consulta el doctor Benavides concluyó que la enfermedad de María no se trataba ni de un “trastorno por estrés postraumático”, ni mucho menos por “brujería”. Para éste, María al igual que gran parte de sus pacientes, sufría de un “desequilibrio energético”.

Para el doctor Benavides, la enfermedad de María se había originado por un “conflicto biológico”, producto a su vez de la misma situación de infidelidad experimentada con su novio. Sin embargo, no fue tanto la situación de infidelidad la que originó la enfermedad, sino el “odio” que María albergó en su “mente” y “alma” por todo ese tiempo. Desde un inicio, María le refirió al doctor Benavides que había estado acechando a la amante de su novio durante cinco meses con el propósito de matarla, pero su intención, por uno u otro motivo, jamás llegó a materializarse.

El cáncer de María, según el doctor Benavides, se produjo porque ella cuando salía a la calle portaba siempre un cuchillo en su bolso, el cual, apretaba o aferraba con su mano derecha ante la expectativa de un posible encuentro con su enemiga y con la esperanza de poder cobrar venganza: “Poco a poco, María fue canalizando un fluido constante de energía negativa hacia su mano, pero éste se fue esparciendo o irradiando [también] por todo su cuerpo, hasta afectarle todo su sistema nervioso” (comunicación personal, 7 de julio, 2007).

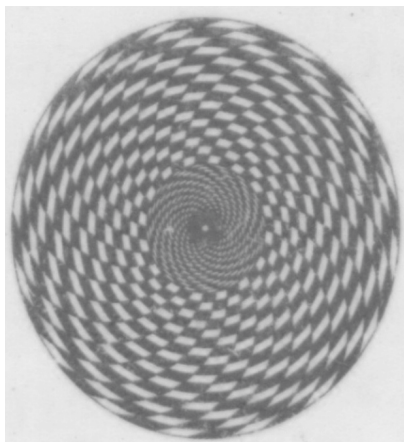
De acuerdo con los planteamientos hechos por Lévi-Strauss (1967, p. 162), la reciprocidad cognitiva o el consenso creado entre el chamán y su comunidad, sobre el origen, clasificación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, es decisiva a la hora de la curación de los diversos padecimientos (físicos, mentales o espirituales). De este modo, durante el tratamiento terapéutico opera la *eficacia simbólica* ya sea por sugestión o persuasión, lo cual encuentra su explicación en los propios patrones socioculturales de la comunidad. En el caso de María, la confianza que generó el doctor Benavides en su paciente es producto de la persuasión que ejercían sus métodos terapéuticos sobre el padre de María (en especial durante el tiempo que éste fue tratado médicamente por el doctor Benavides en Buenaventura, en el año 2005) y posteriormente, una vez entablada la relación médico-paciente. María me manifestó, en una entrevista efectuada en la casa de los familiares donde se hospedaba, que el doctor Benavides la “llenaba de paz”, porque “parece un hombre que sabe lo que hace; mejor dicho, es como sabio” (comunicación personal, 23 de junio, 2007).

La “sabiduría” que María percibe en el doctor Benavides es producto de la propia hibridación de las concepciones y de las prácticas terapéuticas del primero, que terminan persuadiendo a la segunda. María encuentra, además, un canal de comunicación abierto en este “etnomédico” quien le brinda la confianza para verbalizar las creencias sobre su enfermedad y el posible origen de la misma, sin temor a ser descalificada al respecto.

De este modo, el tratamiento terapéutico que se realizó en las demás sesiones tuvo la finalidad de hacer un “cuadre energético” en la paciente. Como primera medida, María debió realizar un proceso o “ritual de perdón”, como requisito indispensable para “resolver” su “conflicto biológico”, en el cual no solo se elevaron periódicas oraciones a Dios, sino que “fue necesario quemar [simbólicamente] el cuchillo”. Paralelamente, María se sometió a un tratamiento homeopático de distintos extractos vegetales y minerales, acompañado por reiterados implantes de arcilla humedecida en la parte afectada por el cáncer.

En relación con la medicina homeopática practicada por el doctor Benavides, he identificado que se inclina por las fórmulas de los doctores Samuel Hahnemann (1755-1843), Wilhelm Schüssler (1821-1898) y por los extractos del padre Leonardo Gonzáles Cudeiro (1892-1971)¹⁵, como lo comenté en el tercer capítulo. Sin embargo, es difícil saber qué compuestos o principios activos contiene cada frasco de medicina homeopática, puesto que se combinan varios de éstos para contrarrestar o prevenir una enfermedad en particular. Además, se manejan en términos de claves, por ejemplo, para curar la depresión se puede conjugar la fórmula D3 del padre Leonardo, con la F7 del doctor Hahnemann. Todo el tratamiento de María estuvo acompañado también por una dieta vegetariana estricta y por ejercicios de técnicas de respiración, basados en conocimientos de la cultura hindú (Yajur-veda) y China (taoísmo).

*Imagen 15:
Réplica de un
giradisco a es-
cala pequeña,
de un diámetro
de circunfe-
rencia de 2 cm
y 4 mm, que el
doctor Benavi-
des obsequia a
sus pacientes
con el fin de
reprogramarles
los flujos ener-
géticos menta-
les y corporales.
Esta versión de
bolsillo para
portar diaria-
mente, está
hecha, según el
doctor Benavi-
des, de una
aleación de oro,
bronce, plata
y platino, que
son los metales
constitutivos de
los giradiscos
originales
de la cultura
Piartal-Tuza.*



¹⁵ Las fórmulas del doctor Hahnemann se basan principalmente de extractos vegetales, mientras que las recetas del doctor Schüssler se encuentran compuestas por minerales y, en particular, por doce sales. El padre Gonzáles, Misionero Redentorista, vivió en el norte de Colombia hacia mediados del siglo XX, tiempo en el cual se dedicó a experimentar con los principios activos de las plantas nativas y, así mismo, a difundir su conocimiento herbolario. (véase Bello, 1982).

Finalmente, el doctor Benavides equilibró los “chakras energéticos” de María, mediante el movimiento de algunos poliedros y la acción rotativa de algunos de los giradiscos que incorporó a su saber médico. Recordemos el hallazgo de los giradiscos en el departamento de Nariño, de la cultura Piartal-Tuza, a los cuales el doctor Benavides les otorgó poderes energéticos terapéuticos (basado en varios experimentos previos), a la par que reprodujo réplicas exactas de los mismos para su empleo en este campo. En la última sesión del tratamiento, el doctor Benavides le obsequió a María una versión de bolsillo de uno de los giradiscos para que le siguiera reprogramando sus flujos energéticos (véase la siguiente figura).

Confieso que en un inicio me mantuve escéptico ante los métodos terapéuticos que el doctor Benavides empleaba con María; sin embargo, gradualmente fui testigo de su mejoría tanto física como mental. Al cabo del tratamiento María se encontraba radiante y el cáncer de su mano desapareció por completo, por lo menos hasta la fecha. En el caso particular de María, su creencia y grado de persuasión simbólica acerca de los métodos terapéuticos del doctor Benavides terminaron por decidir el curso de su enfermedad y posterior curación.

Pero el acto de curación de una enfermedad no solo implica “extraer la enfermedad” empleando diversas terapéuticas (académicas o tradicionales) como lo reconoce Taussig (1987, pp. 535-536), sino que obliga al médico a penetrar y moverse por uno de los umbrales o espacios donde rige la muerte: la enfermedad. Entonces, la tarea del médico es evadir el asedio de la muerte y rescatar de sus fauces al paciente que ha resbalado en dicho espacio. En cuanto al doctor Benavides, es evidente que durante el proceso de curación de la enfermedad de María, así como de otros pacientes, éste tuvo que dar “la batalla” contra este espacio de la muerte:

Desde luego que causa tensión enfrentarse a la enfermedad de uno de tus pacientes; da terror, porque están en juego sus vidas [...] no es únicamente curarlos o salvarlos de la muerte, es también darles pautas de vida para que ellos mismos aprendan a prevenir o a manejar su enfermedad (comunicación personal, 12 de septiembre, 2007).

Otro de los elementos que consideran valiosos los pacientes en cualquier sistema médico es poder ser escuchados, como se anotó atrás, y así mismo, tenidos en cuenta como personas o bien como sujetos culturales e históricos (Uribe et ál., 2003). De hecho, una de las tareas fundamentales del médico, como lo establece Kleinman (1998), consiste en interpretar las narrativas sobre la enfermedad con las que el paciente expresa su situación de adversidad. El doctor Benavides es categórico en este principio de escuchar las narrativas de sus pacientes (así no comparta las creencias que tienen los pacientes sobre su enfermedad, como en el caso de María), no solo con el fin de poder establecer el “trauma biológico” de los mismos, sino también con el propósito de entablar una relación de cordialidad y confianza entre él y su paciente.

En contraste con lo anterior, el Estado colombiano a partir de la “reestructuración” del sistema de salud (al sancionarse la Ley 100 de 1993), ha pretendido privilegiar a las grandes transnacionales farmacéuticas y a las entidades particulares (EPS) como prestadoras oficiales del servicio de salud, sin mencionar el impacto y las desigualdades sociales que este proceso de privatización de las redes de salud pública acarrea para la sociedad colombiana (Abadía, 2004) y latinoamericana en general (Iriart et

ál., 2000). Por un lado, podría asumirse que la mercantilización y los grandes monopolios del sistema de salud sacarán del mercado a las pequeñas empresas prestadoras de salud como la medicina alternativa o tradicional y, por el otro, que las entidades oficiales de salud sujetas a las mismas políticas neoliberales de “costo-efectividad”, pese a que intentan construir una imagen de eficiencia y de calidad del servicio ante los usuarios, empiezan también a revelar las falencias y las desventajas de la red de salud oficial tanto privada como pública (Hernández, 2003).

A lo sumo, es probable que este último hecho esté beneficiando más a los médicos independientes (académicos, alternativos y tradicionales), los cuales pueden insertarse en el mercado de la salud, en cuanto ofrecen un servicio eficiente y, sobre todo, humano.

Cabe anotar que el trabajo de recopilación de la información necesaria para mi investigación se vio fuertemente obstaculizado por la propia enfermedad de María, puesto que ella durante los primeros veinte días del tratamiento se encontraba indispuesta y don Manuel, su padre, preocupado por ella. De este modo, me vi obligado a esperar el mejor momento para poder entrevistarlos. Al final del tratamiento, cuando María se encontraba considerablemente recuperada de su enfermedad, conseguí que me diera tres entrevistas y su padre, una. El resto de los datos sobre el caso me los dio mi informante clave, el doctor Benavides. Sin embargo, hubiera deseado poder hablar más con ellos u obtener documentos relacionados con su enfermedad (por ejemplo, documentos relacionados con su historial clínico) para poderlos cotejar o contrastar con la información recogida en las entrevistas. Pero al cabo de las ocho sesiones terapéuticas con el doctor Benavides, María retornó junto con su padre a Buenaventura. De ella lo último que supe es que se encuentra “muy bien de salud”, según una llamada que la misma María le hizo al doctor Benavides quince días después de su partida para informarle sobre su estado y, desde luego, para agradecerle por los resultados positivos del tratamiento.

Finalmente, a través de las narrativas de María sobre su enfermedad pude apreciar no solo el drama experimentado a través de su padecimiento y el de su padre, sino también la evidente transformación de su cuerpo por las propias secuelas dejadas por ésta. Aunque el cuerpo de María no volvió a ser el mismo después de la enfermedad al perder uno de sus dedos, noté en ella una especie de renacimiento y de júbilo inconmensurable por derrotar a una enfermedad que estuvo cerca de quitarle la vida.

De acuerdo con Good (2003, p. 235), la enfermedad a través del dolor que inflige sobre el cuerpo amenaza con “destruir” el proyecto vital de la persona que la padece, puesto que el cuerpo es el vehículo del “yo” y a través de aquél (el cuerpo) comprendemos, experimentamos y actuamos en el mundo. De este modo, el dolor en la persona que está enferma de “gravedad” se convierte en un “todo”, al invadir y condicionar todos los espacios de su vida cotidiana. Por último, el doliente de una enfermedad de este talante que con suerte logra superarla, se ve en la necesidad de “reconstruir” su mundo con mucho esfuerzo y de manera gradual a partir de los elementos o secuelas dejados por la propia enfermedad. A través del caso de María, se pudieron apreciar estas dos fases de la enfermedad: destrucción-reconstrucción.

“Mal de ojo”

En memoria de Pedrito...

En este capítulo se determina el modelo de representación de un padre respecto a la enfermedad de su hijo, el cual, creyó que el pequeño padecía “mal de ojo”, sin dejar de analizar las propias narrativas del niño sobre su enfermedad. Igualmente, se establecen las concepciones y las prácticas médicas del doctor Benavides sobre este caso, al tiempo que se constata la manera como circulan y combinan a un mismo tiempo varios modelos, particularmente tres: primero, el esquema mágico-religioso de la enfermedad, asociada al “mal de ojo”, que conciben el paciente y sus familiares; segundo, el modelo biomédico o académico de la enfermedad que dictaminaron los especialistas y, tercero, el esquema médico del doctor Benavides.

La creencia sobre la “mirada maléfica” de algunas personas es una tradición muy antigua e igualmente experimentada por varias culturas del mundo en diversos periodos históricos. Los ojos constituyen una de las partes más expresivas del cuerpo y se dice que éstos “son el reflejo del alma”. Por tal motivo, se considera que los malos sentimientos de una persona pueden llegar a exteriorizarse a través de los ojos.

Los españoles fueron los encargados de traer la creencia, entre muchas otras, del “mal de ojo”, “ojeo” u “ojío” a las tierras del Nuevo Mundo, además del sistema médico basado en los principios hipocráticos de los cuatro humores: sangre, flema, bilis negra (melancolía) y bilis amarilla. Es probable que los ibéricos, tras los ocho siglos de ocupaciones árabes a la península, hayan terminado instaurando esta concepción sobre el “mal de ojo”, que según creían, podían ejercer los invasores en contra de ellos. De igual forma, la creencia del “mal de ojo” se difundió en Turquía y se conoce actualmente como *nazar*. Los turcos intentaron protegerse contra este mal, utilizando un abalorio en forma de ojo azul de cristal. Según su tradición, el origen del ojo azul se debe a la invasión de los nórdicos, que tenían los ojos claros y echaban “mal de ojo” (Gutiérrez, 1985).

Esta creencia era conocida ya en el antiguo Egipto, donde el “ojo de Horus” era el mejor talismán para evitar ser poseído por un “mal de ojo”. De hecho estaba totalmente prohibido mirar directamente a los ojos del faraón, el cual con sus poderes

sobrenaturales o divinos, podía desmembrar el alma de quien osase mirarle. La concepción sobre “mal de ojo” también estuvo difundida en la Roma antigua y se encontraba relacionada con el hechizo o encantamiento negativo, *fascinatio*.

Actualmente la creencia sobre el “mal de ojo” entre las diferentes culturas indígenas americanas se encuentra poco difundida, esta concepción impera más en las comunidades de blancos y mestizos, como lo anota Taussig (1987). Además, sostiene este mismo autor que

La causa y hasta cierto punto la cura del mal de ojo son también inconscientes. La persona que tiene mal de ojo y cuya mirada produce a veces la gastroenteritis fatal no es consciente del poder de esa mirada. Se trata de un poder inconsciente y de un acto impremeditado, tal vez la quintaesencia de la envidia - de la envidia que asume una vida propia, más allá y por encima de la intencionalidad (1987, p. 222).

Las personas creen que el “mal de ojo” se transmite a través de la mirada de las mujeres, que casi siempre están menstruando, lo que se podría enlazar con la tradición judeocristiana de la mujer impura. De acuerdo con la tradición, el poder del “mal de ojo” lo poseen personas con “mirada fuerte” y con un aspecto físico particular, por ejemplo, deformes (jorobadas), sumamente feas (bizcas) y solitarias.

Este mal afecta sobre todo a niños pequeños, también a animales e incluso a plantas, en especial a las ornamentales. Los efectos del “mal de ojo” en niños son: anorexia, desinterés por lo que les rodea, letargo e inmovilidad, fiebre intensa, dolor de cabeza, vómito, diarrea, granos en la piel o una mancha roja en el rostro. La forma de contrarrestar el “mal de ojo” en un niño, consiste en colgarle un amuleto que generalmente, es un “coral” o “cuenta de azabache”. Sin embargo, también existen métodos más drásticos para ahuyentar el mal como el hecho de golpearlo o pellizcarlo hasta que el menor lllore y, finalmente, si nada de esto surte efecto, llevarlo al curandero.

Existen tres clases de “mal de ojo”:

1. “Ojo bobo”: la persona que lo sufre no se da cuenta de lo que pasa a su alrededor y permanece en una especie de aislamiento mental.
2. “Ojo secador”: la víctima pierde cada día una considerable cantidad de peso o fuerza vital.
3. No tiene nombre y es el más peligroso de todos. Se dice que al niño “se le ha volteado el cuajo” o “se le ha reventado la hiel” y por eso vomita una sustancia verde. Si el enfermo no recibe una atención rápida y adecuada, puede morir en menos de 24 horas (Ocampo, 1989).

En suma, la concepción imperante es que el “mal de ojo” es producido por actos mágicos de la mirada maléfica de una persona, voluntaria o involuntaria, que puede tener incidencia en la mente o en el cuerpo de quien lo padece, preferiblemente un infante.

El caso de “Pedrito”

Cuando conocí a Pedrito, un niño delgado de ocho años de edad, de ojos claros y mirada vivaz, había suspendido su tercer año de estudios primarios debido a las complicaciones de la enfermedad que lo aquejaba. Recuerdo que su padre, un

comerciante exitoso, lo llevó el miércoles 2 de mayo de 2007 por la tarde al consultorio del doctor Benavides, sin cita previa, para que “le echara una revisadita”, pero debido al alto número de pacientes en espera, Pedrito no pudo ser atendido. Al día siguiente por la mañana, mientras padre e hijo esperaban el momento de entrar a consulta, al entablar conversación con ellos me enteré de su infructuoso intento por ver al doctor la víspera anterior y los motivos por los cuales necesitaban, con urgencia, su ayuda médica.

Yo, por mi cuenta, me encontraba aguardando al doctor, pues habíamos acordado que esa mañana me facilitaría cierto material indispensable para mi investigación (un artículo que le habían publicado en España sobre las propiedades terapéuticas de los giradiscos de la cultura Piartal-Tuza). Mientras hablaba y tomaba un café con Carlos, el padre de Pedrito, me fijé que el niño traía un juguete más o menos grande bajo su brazo; era el Hombre Araña, y según él tenía la facultad no solo de “saltar de un edificio a otro” y “salvar a las personas de los malos”, sino también, me dijo, sentado en una silla de la sala de espera de la clínica, mientras movía nerviosamente sus pequeños pies y con la mirada evasiva pero también con un toque de picardía, “me puede curar mi enfermedad”.

Las secuelas de la enfermedad de Pedrito eran evidentes, pues aquel pequeño niño, no tenía cabello ni cejas, sin mencionar su semblante decaído y esquelética textura. La situación del niño, en ese momento y en lo sucesivo, me llenaría de una sensación de absoluta impotencia e inconformismo sobre la “lógica”, “leyes”, “principios”, “nociones” que rigen el designio de cada uno de los seres humanos. Era inevitable no preguntarse, ¿por qué un niño, sin tacha moral, tiene que enfrentarse a este tipo de trance?

Pedrito nació en el seno de una familia nuclear bogotana compuesta por sus dos padres, un hermano menor de cinco años y su abuelo, pensionado de los Ferrocarriles Nacionales. “Siempre ha sido un niño inquieto”, me decía su padre aquella mañana; dándome a entender con este calificativo que su hijo era inteligente; además, sostenía: “es un niño hermoso” físicamente. Por este motivo pensaban él y el resto de sus familiares que era víctima del llamado “mal de ojo”, en especial sospechaban de una vecina “solterona”, “amargada” y “envidiosa por no poder tener hijos”.

La enfermedad

Al poco tiempo el padre de Pedrito me contó, que un año atrás, a su hijo le habían diagnosticado “leucemia” en la Clínica Universitaria de San Ignacio, en Bogotá, pero esta enfermedad era más bien consecuencia del “mal de ojo” propiciado por aquella vecina envidiosa, según su parecer: “esta vecinita mía [...] yo la veía que siempre que salíamos con el niño, eso no le quitaba el ojo de enésima; eso corría a asomarse por la ventana pa’ verlo y hay donde uno se descuidara, lo atraía con dulces pa’ poderlo tocar y mirar de cerca [...]” (conversación personal, 11 de mayo de 2007).

Concretamente a Pedrito le diagnosticaron uno de los tipos de leucemia más letales: la leucemia aguda mieloblástica, cuyo tratamiento radica en la acción combinada de antibioticoterapia, transfusiones de sangre y quimioterapia. Si esta enfermedad no se trata con la terapia anterior, la expectativa de vida del paciente

es de tres meses y con el tratamiento es de dos años; sin embargo, alrededor de un 25% de los pacientes se pueden llegar a curar (Pavlosky y Fernández, 1996). También existe la leucemia aguda linfoblástica, la cual requiere un trasplante de médula ósea al inicio del tratamiento, acompañado de la aplicación rotativa de ocho fármacos diferentes, primordialmente antibióticos (Barr y Rivera, 1996).

A lo largo de las conversaciones que tuve con el padre de Pedrito y “Esperanza” la empleada de su casa, pude establecer que la solitaria y anciana vecina probablemente nunca tuvo malas intenciones con Pedrito; más bien, todo era producto de su mirada y en especial de la “carga negativa”, que sin querer, proyectaba la misma: “es una viejita la pobre [vecina], anda solita solita [...], pero eso sí, se le salen los ojos cuando ve a un niño y les termina haciendo daño, como al niño [Pedrito]” (comunicación personal, 25 de mayo, 2007).

Con el tiempo, la “vecina anciana” empezó a ser objeto de señalamiento y censura por cierto grupo de personas del barrio, como los miembros de la familia de Pedrito, ante el temor de su mirada y la misma vida solitaria que llevaba. Así, ciertos individuos o sectores de la población considerados marginales, sobre todo en sociedades modernas o disciplinares, que escapan a los cánones o patrones establecidos como los locos, vagabundos, pordioseros, mujeres solitarias, entre muchos otros, terminan siendo “excluidos” o “segregados” socialmente. Pero también pueden convertirse en *chivos expiatorios* que sirven a su vez como válvulas de escape de las presiones sociales generadas por determinados conflictos, al ser señalados e incriminados por algunos sectores de la población como culpables de delitos o causantes de calamidades en contextos y procesos específicos sobre todo en los últimos quinientos años en el mundo occidental u occidentalizado (Foucault, 1972, 1996).

En Europa y Norteamérica durante los siglos XVII y XVIII, los conflictos grupales o intergrupales encontraron su solución, en muchas ocasiones, mediante la persecución a mujeres solitarias estigmatizadas como brujas o hechiceras. Se creía que el equilibrio social se reestablecería una vez estas mujeres fueran pasadas por la hoguera (Ginzburg, 1991). Del mismo modo, en el Nuevo Reino de Granada las mujeres que cumplieran estas características podían ser blanco de las miradas moralistas y moralizantes de la sociedad, y fácilmente procesadas ante los tribunales de la Real Inquisición o de la Real Audiencia (Ceballos, 2002).

Por otro lado, hay que decir que el padre de Pedrito probó distintos sistemas terapéuticos antes de remitirse al consultorio del doctor Benavides. Primero, se dirigió a la clínica mencionada; después empezó a llevar a Pedrito a Monserrate para que el Señor Caído le sanase del “mal de ojo”; y en última instancia recurrió a un curandero del barrio 20 de julio “que tampoco consiguió sacarle la enfermedad al niño”. La práctica de alternar o pasar de un sistema médico a otro es bastante común en la sociedad bogotana y encuentra su explicación en la variedad de ofertas terapéuticas, producto de la propia diversidad étnica y cultural de su población (Pinzón y Suárez, 1988; Uribe, 1997).

Finalmente, en una de las entrevistas programadas con el padre de Pedrito, le pedí al niño que realizara un dibujo de él y de cómo se sentía en ese momento. Pedrito, notablemente emocionado con el ejercicio, elaboró el dibujo que aparece

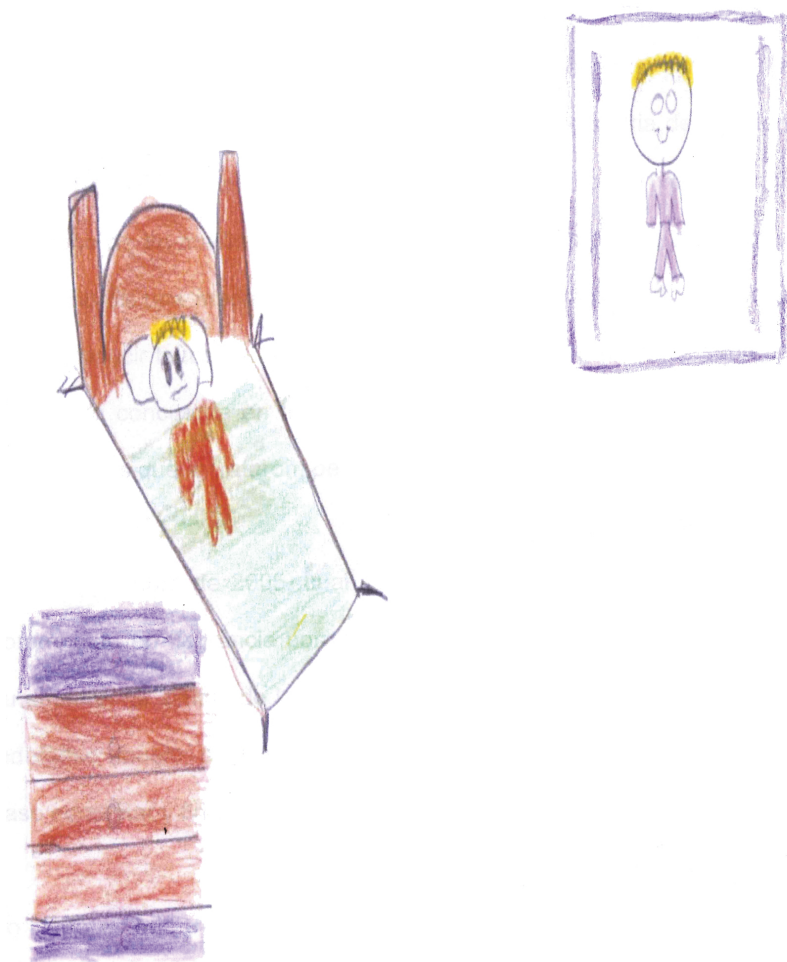


Imagen 16: Re-presentación de la enfermedad de "Pedrito"

* Dibujo elaborado por Pedrito el 25 de mayo de 2007 en su residencia en el centro de la ciudad.

a continuación. Durante el tiempo que estuvo dibujando no cesó de preguntarme “¿así?”, “¿así?”, señalándome o mostrándome la hoja en donde lo hacía. Por mi parte, le decía con palabras suaves que era su dibujo y que lo hiciera a su gusto.

En esta representación gráfica, Pedrito no solo plasmó o exteriorizó el malestar (físico y mental) que le producía su enfermedad, sino que además discriminó entre el Pedrito enfermo postrado en la cama y el Pedrito “ideal”; es decir, el niño sano y alegre que solía ser. Inicialmente, en la parte inferior derecha, Pedrito había dibujado también a su mamá, pero optó por borrarla, probablemente ante la decepción o la certidumbre de su abandono y del cual se hablará mas adelante.

Noté que el niño disfrutó inmensamente de la sesión de dibujo, pues no realizaba esta actividad desde el momento en que su estado de salud empezó a agravarse y, además, como simple actividad lúdica, advertí que Pedrito logró “escapar” del drama de su enfermedad. Drama que ni él ni su padre comprendían y peor aún, que ningún dios, santo o médico había podido curarle. La sonrisa de Pedrito durante este pequeño espacio de esparcimiento, que por instantes se transformaba en carcajadas nerviosas, ante los comentarios graciosos de su padre sobre su obra de arte o los de Esperanza, terminaron por contagiarnos a todos de felicidad. Sin embargo, el niño no quiso emplear en su dibujo colores vivos o elementos que le transmitieran mayor alegría a la composición. Por ejemplo, Esperanza en varios momentos le sugirió a Pedrito que usara el color “verde” o que pintara elementos alegres como un “sol”, peticiones que el niño desaprobaba con un rápido ‘no’ de cabeza en señal de su negativa.

En la sección en donde Pedrito se representa saludable vemos sus ojos los cuales, aunque notablemente vivaces, no tienen color y el niño aparece a su vez en un segundo o tercer plano respecto a los demás elementos de la composición. Esto podría representar no solo el sentimiento de abandono materno que experimentaba el niño, sino también el reconocimiento de las transformaciones de su cuerpo por los efectos de la enfermedad; y, por tanto, la apreciación sobre el hecho de que su recuperación no era fácil o se encontraba lejana. Asimismo, en la representación de Pedrito enfermo los ojos aparecen cerrados o coloreados con negro; es decir, sin vida o sin expresividad. En suma, aparece en cualquiera de las dos representaciones, un Pedrito apocado, debilitado, menoscabado y triste.

En el dibujo, el mobiliario de la habitación, junto con su color, aparece sobrio, frío y monótono. Por el contrario, cuando conocí la habitación de Pedrito, ésta se encontraba saturada de afiches infantiles y de todo tipo de juguetes. Recuerdo en especial dos carteles del Hombre Araña y uno de Batman. Pedrito tenía literalmente cientos de juguetes que iban desde los superhéroes en todas sus versiones y presentaciones, pasando por diversos modelos de automóviles y motocicletas, hasta dar con varias especies de dinosaurios y animales feroces. No obstante, ninguno de estos elementos fue incorporado en su dibujo, ni siquiera su preciado muñeco del Hombre Araña que le acompañaba en todo momento.

El tratamiento

El dictamen del doctor Benavides sobre la enfermedad de Pedrito contrasta tanto con las creencias del paciente y su padre o allegados, como con el diagnóstico de los médicos que lo atendieron en la Clínica Universitaria de San Ignacio. Para el doctor

Benavides, el “trauma biológico” de Pedrito se había originado por el abandono de su madre, ocurrido un par de años atrás. Es decir, el abandono de una madre en un contexto traumático y violento para el infante puede llegar a producir leucemia. Así, el dictamen del doctor Benavides sobre la enfermedad de Pedrito concuerda, en términos generales, con el emitido en un principio por los especialistas que lo trataron, pero su teoría del origen de la enfermedad es distinta.

El 15 de octubre de 2005, cuando Pedrito apenas tenía seis años, su madre fue sorprendida en flagrancia por el abuelo paterno de Pedrito teniendo relaciones con su amante. La actitud de los dos sorprendidos amantes fue la de arremeter contra el indefenso abuelo; causándole la muerte de la manera más horrible, que no viene al caso comentar y, finalmente, darse a la fuga sin dilación de tiempo.

Lo cierto es que el pequeño niño tuvo la desdicha de presenciar tal espectáculo, el cual, desde luego, marcaría el curso de su vida. Al comienzo Pedrito empezó a retraerse hasta el punto que dejó de hablar con todas las personas por un lapso de dos meses; sin embargo, poco a poco fue retomando la confianza y consiguió interactuar de nuevo con la gente.

Después de un año y medio del abandono de su madre y del asesinato de su abuelo a manos de ella y de su amante, Pedrito empezó a experimentar desmayos que con el tiempo se hacían cada vez más seguidos e intensos. Esto terminó minando su salud y, Carlos, al ver a su hijo tan demacrado y enfermo decidió llevarlo a la Clínica Universitaria de San Ignacio. Al cabo de muchos exámenes sanguíneos los médicos le diagnosticaron leucemia aguda mieloblástica.

Medio año después de someter al niño a un intensivo y costoso tratamiento, no reaccionó de manera favorable. Como última medida, los doctores le propusieron al padre de Pedrito, aunque sin muchos pronósticos de curación, un trasplante de médula ósea. Sin embargo, Carlos no quiso someter a su hijo a más procedimientos médicos, pues según él, “ya había sido suficiente con las transfusiones de sangre y con las quimioterapias que terminaron dejándolo sin fuerzas y ni un pelo en su cabecita” (comunicación personal, 15 de junio, 2007).

¿Qué sucedió con el diagnóstico inicial que los médicos de la Clínica Universitaria de San Ignacio hicieron sobre la leucemia aguda mieloblástica que padecía Pedrito? ¿Por qué optaron finalmente por el tratamiento que se emplea para las leucemias agudas linfoblásticas? ¿Acaso se equivocaron con el primer diagnóstico?

Por lo anterior, Carlos decidió recurrir al doctor Benavides no sin antes probar otras alternativas terapéuticas como se anotó anteriormente, pero dada la gravedad de la enfermedad de Pedrito y la cronicidad de la misma, éste no pudo hacer más que procurarle toda la paz para que emprendiese su viaje: “No había nada que hacer con el niño; su enfermedad se encontraba en una fase muy avanzada, terminal” (comunicación personal, 7 de julio, 2007). La labor terapéutica del especialista no se remite única y exclusivamente a prevenir o curar una enfermedad específica, a veces su tarea también tiene que enfocarse a “darle vuelo” o “ascenso al alma” del muerto, como sucede en distintos sistemas chamánicos del mundo (Eliade, 1986). De igual modo, la tarea de un médico académico, cuando la enfermedad ha ganado la batalla, se reduce a hacer que el paciente acepte en los mejores términos su muerte (Kleinman, 1998).

El doctor Benavides consiguió visitar a Pedrito en su propia casa en cuatro ocasiones durante los siguientes dos meses antes de que muriese, con el propósito, según él, “de darle algo de afecto y reconfortarlo para que su energía fuera liberada y consiguiera así, ascender a estratos más elevados” (comunicación personal, 7 de julio, 2007). Teniendo en cuenta que el doctor Benavides cree en la reencarnación de las almas, al igual que lo concibe el sistema hinduista, era necesario entonces que Pedrito experimentara este proceso de transición de un estado a otro (vida/muerte) de la manera menos traumática posible, para que su próxima encarnación fuera efectiva y mejor o superior.

Básicamente, el doctor Benavides se dedicó a proporcionarle al niño medicinas homeopáticas y esencias florales para contrarrestar el dolor y la ansiedad. Por otro lado, realizó una purificación de ritual del cuarto de Pedrito con inciensos y riegos de plantas empleadas en la santería como la hierba de pozo (avericola), hierbabuena y canela, entre otras¹⁶.

Aunque el doctor Benavides empleaba algunos ritos en su práctica médica, como la “quema” simbólica del cuchillo de “María” o, aquella de limpiar con inciensos y riegos el ambiente en donde se encontraba “Pedrito”, éstos eran, en términos generales, poco frecuentes. Más bien, sus procedimientos médicos se enfocaban en combatir las enfermedades a través de la palabra, intentando detectar los “conflictos biológicos” de sus pacientes; y luego, los trataba con terapéuticas bioenergéticas (a través de los giradiscos, la acupuntura, los poliedros, etc.) y medicinas homeopáticas o naturistas. Al contrario, los curanderos de Bogotá documentados por Pinzón (1988) hacia finales de la década del setenta, todavía recurrían constantemente al “poder del montaje” a través de los ritos o de la magia para contrarrestar las enfermedades de sus pacientes y, asimismo, empleaban ciertas drogas alucinógenas como el yagé para “mediar” con las fuerzas sobrenaturales.

Cuando el doctor Benavides me contó que Pedrito había fallecido, afloró en mi una mezcla de odio e impotencia por su muerte, puesto que me había conmocionado y enternecido mucho su caso, pero, por otro lado, también me empezaba a apegar a su presencia, a pesar de que nuestras conversaciones se llevaron a cabo durante cuatro encuentros.

Es preciso aclarar que el mundo de Pedrito se vio abruptamente interrumpido por una enfermedad mortal, que supeditó su corta vida y experiencia al dolor. Pedrito no tuvo la oportunidad de “reconstruir” su mundo, pues su cuerpo sucumbió tras un valiente y largo combate ante la enfermedad. Otro aspecto importante que resaltar es que las personas aquejadas por enfermedades crónicas, como en el caso de Pedrito, no solo cambian su mundo radicalmente por el dolor, sino que se empiezan a sentir “alienadas” o “apartadas” de la sociedad por las incesantes consultas médicas u hospitalizaciones (Murphy, 1987, p. 58). Aunque el estado de ánimo de Pedrito fue, en términos generales, estable y hasta alegre en ciertos

16 El doctor Benavides me explicó que ciertas plantas en la santería cubana no solo son empleadas por sus propiedades terapéuticas, sino porque se encuentran relacionadas con los poderes de los orishas o dioses de este sistema y, por consiguiente, pueden mediar o intervenir en los procesos de sanación de las enfermedades. Por ejemplo, la hierba de pozo es un antioxidante poderoso, pero se usa para conjurar a Eleguá (dueño de los caminos y el destino) y Ogún (deidad de la guerra). La hierbabuena es aromática y digestiva, sin embargo, se emplea para invocar a Chango (dios de la justicia, de los rayos y el fuego). Del mismo modo, la canela es aromática y sirve para contrarrestar las fiebres, en tanto que tiende un puente entre el mundo y Ochum (diosa del amor, la sensualidad y la sexualidad femenina).

momentos, fue notoria su caída en este sentido por la combinación de los dos factores: dolor y aislamiento del mundo. A estos dos factores es necesario sumar la tristeza que acompañó a Pedrito desde el momento en el que su madre lo tuvo que dejar y cuyo sentimiento de abandono lo acompañó hasta la muerte.

Los días siguientes no hice otra cosa que meditar, de manera trágica y trascendentalista, acerca de la fragilidad de la vida humana y de la desesperanza que causa en mí, como en la mayoría de los seres humanos, la muerte de un menor. Más si te enteras de que próximamente vas a ser padre por primera vez, como me sucedió en ese entonces. Por un lado, puedes visualizar una vida saludable y exitosa para tu hijo y, por otro, imaginas que una tragedia como la que tuvo que vivir Pedrito o una similar, también podría sucederle. De cualquier forma, el dolor es consustancial o inherente a la naturaleza humana, como lo planteó Nietzsche en *Así habló Zaratustra* (aunque con anterioridad también los estoicos griegos a su manera) y, asimismo, este dolor es el encargado de mantenernos en constante movimiento y transformación (1972). Sin embargo, reconozco que no tuve el valor de ir al funeral de Pedrito y así mismo, opté por alejarme un tiempo prudencial del consultorio del doctor Benavides.

Lo sorprendente del caso es que no termina con la muerte de Pedrito, dos meses después (el 13 de septiembre), Carlos volvió al consultorio del doctor Benavides y, esta vez, el enfermo era el hermano menor de Pedrito. “¿Acaso a éste también me lo va a dejar morir [...]?”, replicó airado y notablemente descontrolado el padre, mientras sostenía a su hijo menor en los brazos. Acto seguido, Carlos abandonó el consultorio tirando la puerta tras de sí y dejando al niño en manos del doctor Benavides.

El doctor Benavides, temiendo que la enfermedad de “Juanito” fuera la misma que había desarrollado su hermano mayor, se postró en el suelo y elevó una “plegaria de suplica al cielo” para que sanase al pequeño y al mismo tiempo, para que le diera la “sabiduría médica” de proceder ante esta singular y trágica situación. No es difícil imaginar al doctor Benavides tiempo después en frente del altar personal de su casa pidiendo por la salud de “Juanito”. Yo he tenido la oportunidad de ver de cerca este altar en más de una ocasión, el cual se encuentra saturado de imágenes de santos “sagrados” y “profanos” (de múltiples culturas) y, asimismo, repletos de ofrendas vegetales o animales. Es todo un cuadro barroco; destellante de colores y texturas, también es la fuente de donde dimanan y confluyen a un mismo tiempo toda suerte de poderes mágicos para que el doctor Benavides los conjure a la hora de realizar sus tratamientos terapéuticos.

Esta combinación de elementos sacros y profanos, junto con la mixtura de prácticas médicas académicas y tradicionales del sistema “etnomédico”, persuadieron a todos los pacientes del doctor Benavides, aunque en primera instancia a los familiares de los mismos dolientes, como sucedió con el padre de María y, luego, con el padre de Pedrito.

De este modo, Carlos recurrió a la clínica donde laboraba el doctor Benavides por referencia de “algunos” de sus “amigos”, quienes le dijeron que en esa zona de la ciudad funcionaban varias clínicas de “medicina alternativa”, las cuales gozaban de “prestigio” y “exclusividad”; también porque cumplió en ciertos aspectos con sus expectativas simbólicas. Por ejemplo, Carlos estuvo en la búsqueda de

un sistema médico que aceptara el origen mágico de la enfermedad de su hijo (“mal de ojo”) y que empleara métodos de sanación en este mismo orden o, por lo menos, que no causaran tanto dolor en el proceso de curación. El doctor Benavides, con el ánimo de establecer cuál era el origen de la enfermedad (biológico o mágico) de Pedrito, escuchó detalladamente a Carlos sobre la concepción del mal y en relación con todos los momentos relevantes de la vida de su hijo. Aunque el doctor creía y cree en los males de origen mágico como se mencionó atrás, en el caso de Pedrito se inclinó por una “enfermedad de tipo biológico”. Por su lado, el padre de Pedrito terminó aceptando este diagnóstico, pero se mantuvo también firme en su concepción mágica sobre el origen de la enfermedad de su hijo.

Así mismo, el tratamiento “etnomédico” del doctor Benavides estuvo en consonancia con la expectativa médica del padre, pues empleó extractos naturales o minerales y, como se vio, ciertos rituales religiosos destinados a “purificar” el ambiente que rodeaba al niño y procurarle una transición pacífica hacia la muerte. Por fortuna, el otro hijo de Carlos, “Juanito”, reaccionó al tratamiento que le prescribió el doctor Benavides, básicamente homeopático, encauzado a fortificar su sistema inmunológico y algunos ejercicios de reflexología para que la energía del niño fluyera efectivamente por todo su cuerpo. Una vez calmados los ánimos, el doctor Benavides dedujo que el pequeño no tenía la enfermedad de su hermano mayor y que simplemente se encontraba bajo de defensas, pues había “psicomatizado” la enfermedad y la muerte de Pedrito.

“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 “evoluciona” 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-1. mentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, 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 individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo 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 capaces 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 frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vivos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles 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 situaciones 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 recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres [...]</u>” (Organización Mundial de la Salud, 1992, pp. 52-53).	Esquizofrenia paranoide Esquizofrenia hebefrénica Esquizofrenia catatónica Esquizofrenia indiferenciada Depresión postesquizofrénica Esquizofrenia residual Esquizofrenia simple Otras esquizofrenias: Esquizofrenia cenestopática. Trastorno esquizofreniforme sin especificación. Esquizofrenia, 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 desenchajado 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 procurar 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 recobrarse 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).

Anexo 1: Artículo “Los orígenes de la Medicina en Iberoamérica”

MADRID MEDICO _____ SEGUNDA QUINCENA DE DICIEMBRE 1986 / Pág. 8 _____ Pág. 9 / SEGUNDA QUINCENA DE DICIEMBRE 1986 _____ MADRID MEDICO

El doctor Benavides nos cuenta que los indios chibchas daban a luz sus hijos dentro de las aguas del río, técnica que hoy utilizan como innovadores muchos chamones ecólogos.

A unos cuantos metros de camino se halla un poco más lejano denominado «La Caballota» cuyas colientes aguas, al igual que las heladas del Nevado de Tolima, uno de los más importantes del país, hacen temblados por los nativos y de su resaca se ha producido un conducto construido con gradas hasta el «lavaplatos». Para completar esta técnica, utilizan los sobijos, en los que hacen un balanceo muscular perfecto, que no es otra cosa que lo que hace hoy la fisiología.

Como sus antepasados chibchas, el
antes de los virreyes de Colón.
asegura el doctor Benavides.
Las higuieras profundas y duras
son usadas por los locos que
anim los indígenas para dete-
nerse contra las enfermedades.
La llegada de los conquis-
tadores trajo la aparición de
numerosas enfermedades que
fueron el comienzo de la mi-
seria de muchas razas que
no tenían suficientes defensas.

to es una pequeña palme que produce un rico fruto aprendidos nacidos y cuyo uso terapéutico era bien conocido por los indígenas. La concepción antelmintílica era un poderoso antídoto de esta enfermedad. Numerosas plantas medicinales se recomendaban para aquellos enfermos que no querían ser tratados quirúrgicamente, y en muchos casos su utilización sólo era permisi-

vían como anestesia y tenía cierto aura mágico. El mismo efecto producía a los peruanos el tabaco, característico de las regiones elevadas, quienes lo utilizaban también como analgésico y para expulsar mucosidades aspirándolo por la nariz.

El doctor Benavides nos asegura que los nativos de Colombia se vacunan chapando sus propios granos y tomando lo que hacen de sus resultados y castigos por los coneptos y dolores, que velan en esta perfecta santidad e inocencia, cuando eran en realidad la utilización de una medicina empírica transmitida de generación en generación durante siglos.

Es curioso descubrir cómo los familiares supositorios son un descubrimiento de nuestros días. Hace más de mil años los aborígenes de Colombia ya utilizaban los pequeños frutos de algunas plantas como laxante introduciéndolos a través de la

gura el doctor Benavides—. No se consideraban sólo materia, eran hombre, mujer o niño, realmente espirituales, con una creencia férrea en la vida, pero sin separar ésta de la muerte. Creían en lo divino, en sí mismos y en el poder del

[illegible]

-La sílabe, que ha sido durante muchos años achacada a los indígenas americanos, y se ha dicho que los españoles le trajeron de allí, no se conocía

...en forma habitual de pre...



(HUILA) SAN AGUSTIN

HOMBRE - POSITIVO H SOL—CI
COSMICO

MUJER - NEGATIVO (-) LUNA-TIE
TELURICO

← CONCEPTO →



CHIBCHA (BOYACA)

Sol, el agua, la Luna, el cuerpo, las plantas. Tienen el concepto de que el mundo es un modo de vida y por eso sus deidades no estaban llenas de sentimientos, sino que simplemente les enseñaban a vivir. Sentían la muerte, quizá por lo que estaban tanto la vida como la muerte. Pero no hacían su medicina pensando en el futuro, sino en descubrir la curación.

Sus viviendas estaban bien ventiladas, estaban de buen olor. De tal modo que se aproximaban al sol en épocas frías y la sombra en los días

El doctor Beaudry es de coadiutor de los chibchas, considera que sus antepasados le han legado en las prácticas agrícolas mil enseñanzas que hoy día le permiten producir una especie de relajación del sistema nervioso.

[illegible]

-La sílabe, que ha sido durante muchos años achacada a los indígenas americanos, y se ha dicho que los españoles le trajeron de allí, no se conocía

...en forma habitual de pre...



(HUILA) SAN AGUSTIN

HOMBRE - POSITIVO H SOL—CI
COSMICO

MUJER - NEGATIVO (-) LUNA-TIE
TELURICO

← CONCEPTO →



CHIBCHA (BOYACA)

Sol, el agua, la Luna, el cuerpo, las plantas. Tienen el concepto de que el mundo es un modo de vida y por eso sus deidades no estaban llenas de sentimientos, sino que simplemente les enseñaban a vivir. Sentían la muerte, quizá por lo que estaban tanto la vida como la muerte. Pero no hacían su medicina pensando en el futuro, sino en descubrir la curación.

Sus viviendas estaban bien ventiladas, estaban de buen olor. De tal modo que se aproximaban al sol en épocas frías y la sombra en los días

El doctor Beaudry es de coadiutor de los chibchas, considera que sus antepasados le han legado en las prácticas agrícolas mil enseñanzas que hoy día le permiten producir una especie de relajación del sistema nervioso.

Anexo 2. Artículo “Unos ‘giradiscos’ de hace 2.000 años revelan los métodos curativos de los chamanes”

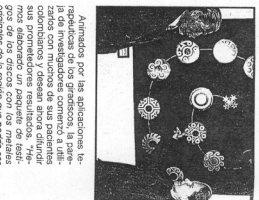
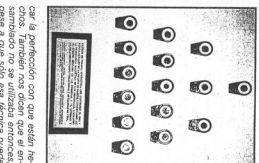
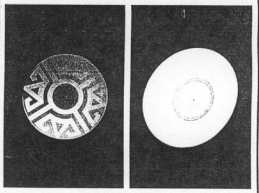
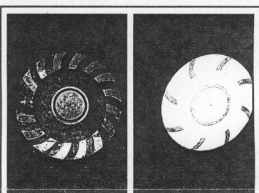
Artículo publicado en Madrid por la *Revista Más Allá*, n.º 76, 1995, pp. 52-53. Entrevista realizada por Concha Labarta a los etnomédicos Ana Ligia Arango A. y Nelson David Benavides V.

UNOS “GIRADISCOS” DE HACE 2.000 AÑOS REVELAN LOS MÉTODOS CURATIVOS DE LOS CHAMANES

Quince giradiscos de dos mil años de antigüedad, hallados en la región colombiana de Nariño, vuelven a poner en entredicho la historia oficial sobre el pasado. Diseños geométricos, estampados en piezas de orfebrería de cobre, oro y plata, revelan aspectos inéditos de las raíces de la medicina y esperan a que su eficacia terapéutica sea también utilizada en la actualidad. Los discos, que se fabricaron en la zona que fundieron en estas piezas diseñadas para girar frente a nosotros, cuyo secreto apenas comienza a ser develado.



INSTRUMENTOS PSÍQUICOS Y MEDICINALES



Todo comenzó con un golpe de suerte, porque para el etnomédico Nelson David Benavides, investigador de la historia de la medicina en Colombia, el año 1972 uno de los muchos buzones de la zona de Nariño, en la zona que hoy es el departamento de Nariño, fue encontrado. En el fondo del bote, un total de 1.194 piezas de oro, plata y cobre, que Benavides decidió a ofrecer al Museo del Oro de Bogotá. El particular hecho no solo cambió la historia de la zona, sino que también la de la zona que hoy es el departamento de Nariño. Benavides comenzó a investigar la historia de la zona, y descubrió que los discos, que se fabricaron en la zona que hoy es el departamento de Nariño, eran utilizados por los chamanes para curar a los enfermos. Benavides comenzó a investigar la historia de la zona, y descubrió que los discos, que se fabricaron en la zona que hoy es el departamento de Nariño, eran utilizados por los chamanes para curar a los enfermos.

Algunos de los discos de estos discos, que se fabricaron en la zona que hoy es el departamento de Nariño, eran utilizados por los chamanes para curar a los enfermos. Benavides comenzó a investigar la historia de la zona, y descubrió que los discos, que se fabricaron en la zona que hoy es el departamento de Nariño, eran utilizados por los chamanes para curar a los enfermos.

Nada de esto debe extrañarnos, por su parte, la etnomédica Ana Ligia Arango A. comenzó a investigar la historia de la zona, y descubrió que los discos, que se fabricaron en la zona que hoy es el departamento de Nariño, eran utilizados por los chamanes para curar a los enfermos.

Benavides comenzó a investigar la historia de la zona, y descubrió que los discos, que se fabricaron en la zona que hoy es el departamento de Nariño, eran utilizados por los chamanes para curar a los enfermos.

Benavides comenzó a investigar la historia de la zona, y descubrió que los discos, que se fabricaron en la zona que hoy es el departamento de Nariño, eran utilizados por los chamanes para curar a los enfermos.

Benavides comenzó a investigar la historia de la zona, y descubrió que los discos, que se fabricaron en la zona que hoy es el departamento de Nariño, eran utilizados por los chamanes para curar a los enfermos.

Benavides comenzó a investigar la historia de la zona, y descubrió que los discos, que se fabricaron en la zona que hoy es el departamento de Nariño, eran utilizados por los chamanes para curar a los enfermos.

Anexo 3. Artículo “El poder de los discos mágicos”

Artículo publicado por la revista española *Año Cero* en 1995 basado en la entrevista realizada a los etnomédicos Ana Ligia Arango A. y Nelson David Benavides V. sobre las propiedades terapéuticas de los giradiscos de la cultura Piartal-Tuza, las cuales fueron determinadas por los etnomédicos en mención.

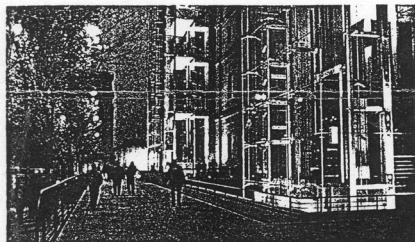


DEL AÑO CERO

A los fantasmas les gusta el arte

Y además contemporáneo. Este es, al menos, el caso de los fantasmas que parecen habitar en el Museo de Arte Reina Sofía, en Madrid. Así lo certifican, al menos, las investigaciones de un grupo de parapsicólogos dirigidos por el Padre Piñón que, contactaron con varias presencias mediante una «ouija», de las cuales una dijo haber asesinado en vida a cinco personas.

Los guardias del centro han manifestado que desde hace algún tiempo venían notando «cosas extrañas» como ruidos, pasos, puertas que se habrían solas... El hecho es que en el lugar del Museo antiguamente había un hospital y, al parecer, todavía persiste la intensidad emocional de las fuertes experiencias allí vividas. ■



Según algunos parapsicólogos, el museo Reina Sofía, antaño un hospital, alberga en sus corredores extrañas presencias.

INTIMIDADES DE SANTOS

El Tribunal de Estrasburgo analiza si en el video titulado *Visiones del éxtasis*, que describe los tranques de Santa Teresa de Jesús a partir de motivos sexuales, hay razones para considerarlo blasfemo. La cinta fue prohibida en

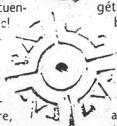
1989 por la censura británica al retratar las fantasías sexuales de la santa con un Cristo y otro personaje femenino. Su director, Wingrove, ha llevado el caso a los tribunales europeos alegando violación de la libertad de expresión. Por otra parte, en Italia, cientos de confesiones y sú-

plicas firmadas por santos y pedadores de los siglos XV y XVI —como Santa Teresa, San Francisco de Borja o San Ignacio de Loyola—, han sido extraídas del Archivo Secreto del Vaticano y publicadas para su posterior estudio.

El poder de los discos mágicos

Con la exposición *Magia, Medicina y Chamanismo* (Casa de las Américas de Madrid), los etnomédicos —como les gusta denominarse— Ana L. Arango y Nelson D. Benavides mostraron... historia y aplicaciones de los discos rotatorios de Nariño (Colombia). Se trata de unos platos —cuyos originales se encuentran en el Museo del Oro de Bogotá—, decorados simétricamente con figuras geométricas y contruidos con una aleación de oro y cobre, con partículas de plata y platino. Todo parece indicar que los indígenas giraban los discos mediante un orificio en su epicentro, haciendo que las figuras formasen círculos concéntricos de distinto grosor y textura. El efecto hipnótico de los discos giratorios, junto al consumo de sustancia psicotrópicas,

hacía que los pobladores de Nariño se vieran afectados por un estado modificado de conciencia, que —según afirman

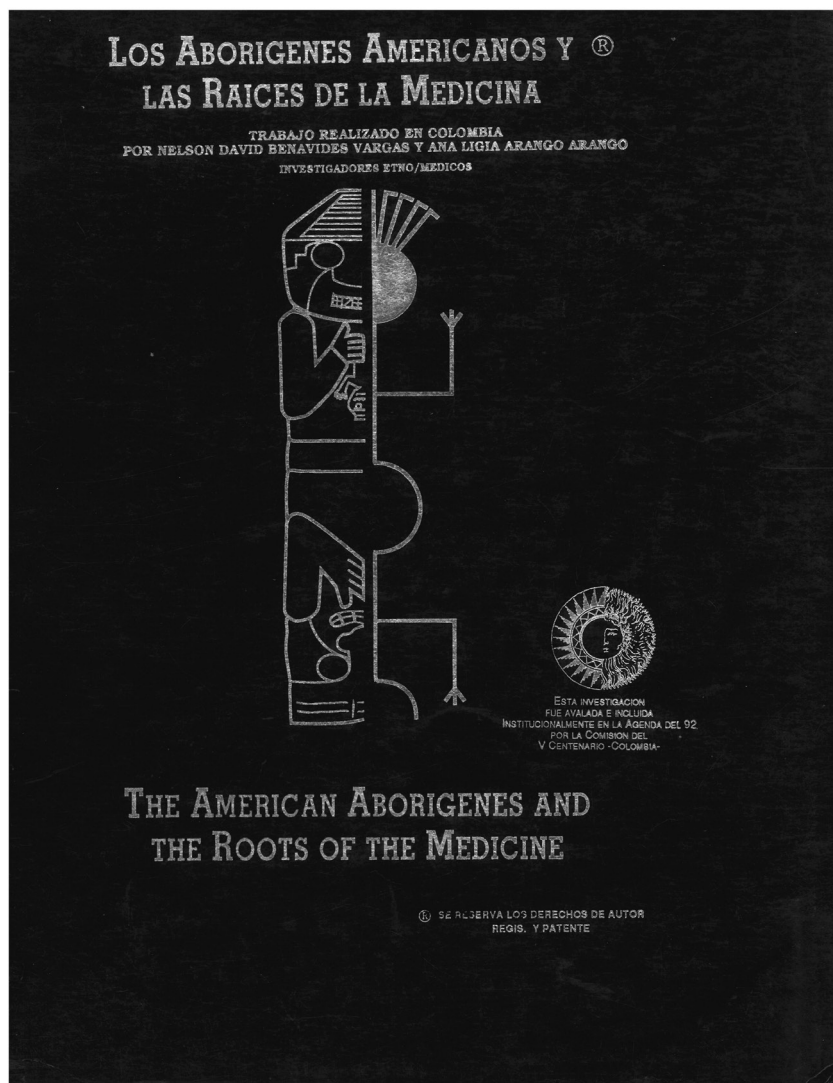


Benavides y Arango— les ponía en contacto directo con el Uriverso. Aseguran que las figuras que decoran los discos conforman un lenguaje de comunicación energética, por lo que también eran utilizados en las actividades cotidianas. Ambos etnomédicos, después de veinte años de investigación, han llegado a un método para aplicar los efectos curativos de los discos en las actuales dolencias, tanto físicas como psíquicas y emocionales.

Una vez más, hay quien busca soluciones en la sabiduría de los pueblos antiguos que, como demuestran los discos, ya conocían las matemáticas, la astronomía e, incluso, los secretos de la alquimia. ■

Anexo 4. Carátula del libro “Los Aborígenes Americanos y las Raíces de la Medicina”

El libro de los etnomédicos Ana Ligia Arango A. y Nelson David Benavides V. fue publicado en 1990 por la Comisión del V Centenario, adscrita al Museo del Oro de Bogotá, y contiene los resultados de las investigaciones sobre los giradiscos de la cultura Piartal-Tuza y el Lavapatas de San Agustín.



Referencias

Fuentes institucionales

1. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (1995). *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
2. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *DSM V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
3. Barriga, J. (Dic, 1871). Asilo de Indigentes: visita del Gobernador del Estado. *Revista de los Establecimientos de Beneficencia*, 17, 270-273.
4. Código Penal. (2000). *Ley 599 de 2000*. Bogotá: Doctrina y Ley.
5. Código de Policía de Boyacá de 1937 y ordenanzas números 32 de 1946 y 30 de 1963. (1963). Tunja: Imprenta Departamental.
6. Código Penal Colombiano de 1936: Ley 95 de 1936. (1942). Bogotá: Editorial Voluntad.
7. Colmenares, G. (comp.). (1989). *Relaciones e informes de los gobernadores de la Nueva Granada*, (2 Vols.). Bogotá: Biblioteca Banco Popular.
8. Constitución Política Colombiana del 1991. (1994). Bogotá: Contraloría.
9. Pombo, L. (1845). *Recopilación de leyes de la Nueva Granada. Tratado I*. Bogotá: Imprenta de Zoilo Salazar.
10. Ministerio de la Protección Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003*. Cali: Graficas Ltda.
11. Ministerio de Salud y Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Bogotá: Minisalud/Colciencias.
12. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mental-health/advocacy/en/spanish-final.pdf>.
13. Organización Mundial de la Salud. (1976). *Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_99.1_spa.pdf.
14. Organización Mundial de la Salud. (2005). *Atlas de Salud Mental*. Ginebra: OMS.
15. Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Ginebra: OMS.
16. Ortega, J. (Comp.). (1987). *Código Penal Colombiano. Decreto 100 de 1980*. Bogotá: Editorial TEMIS.
17. Ward, B. (1782). *Proyecto económico en que se proponen varias providencias dirigidas a promover los intereses de España, con los medios y fondos necesarios para su planificación, escrito en el año de 1762* (tercera impresión). Madrid: Joaquín Ibarra.

Fuentes secundarias

1. Abadía, C. (2004). Políticas y sujetos del SIDA en Brasil y Colombia. *Revista Colombiana de Antropología*, (40), 123-154.
2. Ali, M. (2011). Dejé el chianti por el yajé Notas etnográficas sobre una hibridación indígena-metropolitana. *Cuadernos de Antropología*, (21), 1-24.

3. Álvarez, F. (1983). *Miserables y locos. Medicina mental y Orden Social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets Editores.
4. Álvarez, S., Dagnino, E., & Escobar, A. (2001). Introducción: lo cultural y lo político en los movimientos sociales latinoamericanos. En A. Escobar., S. Álvarez., & E. Dagnino (Eds.). *Política cultural & cultura política: Una nueva mirada sobre los movimientos sociales latinoamericanos* (pp. 17-48). Bogotá: ICANH-Taurus.
5. Anzuarez, M. (1983). *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismo y conflictos*. México: Universidad Autónoma de México.
6. Año Cero. (3 de Abril de 1995). El poder de los discos mágicos. En *Año Cero*, p. 10.
7. Ariza, E. (1999). Territorio y percepción. En IGAC. *Paisajes Vividos, Paisajes Observados: la percepción territorial en la zonificación ecológica del Pacífico colombiano* (pp. 25-38). Bogotá: Gente Nueva.
8. Ruiz, G., & San Miguel, J. (1996). *Actualización en leucemias*. México: Editorial Panamericana S. A.
9. Bastide, R. (1969-1967). *Las Américas negras. Las civilizaciones africanas en el Nuevo Mundo*. Madrid: Alianza Editorial.
10. Bastide, R. (1971-1977). *Antropología Aplicada*. Buenos Aires: Amarrortu Editores.
11. Bello, J. (1982). *Expositores de homeopatía*. Bogotá: Editorial Ariana.
12. Benavides, N., & Arango, A. (1990). *Los aborígenes americanos y las raíces de la medicina*. Bogotá: Museo del Oro de Bogotá.
13. Benavides, N. (2004). *La Cruz Cuadrada Andina*. Bogotá: Ediciones Carlos Mora Pauta.
14. Benavides, F. (2004). *El fugitivo de la hacienda: Cimarronismo en la ciudad de Cartago y en la Villa de Santa Cruz de Mompos. Finales del siglo XVIII* (Tesis de pregrado en Historia). Universidad Nacional de Colombia/ICANH, Bogotá D.C.
15. Benavides, F. (2009). Tiempos y espacios para el esparcimiento en el Nuevo Reino de Granada. En *Questiones Disputate - Temas en Debate* (5), 91-104.
16. Berger, M., & Luckmann T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores S.C.A.
17. Bhabha, H. (2002). *El lugar de la cultura*. Buenos Aires: Nuevos Aires.
18. Bogdan R., & Taylor S. J. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós: Barcelona.
19. Bowser, F. (1977). *El esclavo africano en el Perú colonial, 1524-1650*. (Colección América Nuestra, América Colonizada, N°. 33). México: Siglo XXI.
20. Cardona, J. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista Salud Pública*, 4(14), 630-643.
21. Castro, A., & Farmer, P. (2003). ¿Perlas del caribe? La salud pública en Haití y Cuba. *Revista Colombiana de Antropología*, (40), 319-352.
22. Castro, L. y Ortiz, M. (2014). “Esta tierra no es de ocha, esta tierra es de palo”: redefiniciones identitarias y género en la regla vriyumba. *Maguaré*, 1(28), 139-173.
23. Castro, S. (1999). Epistemologías coloniales, saberes latinoamericanos: El proyecto teórico de los estudios subalternos. En A. Toro., & F. Toro (Eds.). *El debate de la postcolonialidad en Latinoamérica* (pp. 79-100). Madrid: Iberoamericana.
24. Ceballos, D. (1994-1995). *Hechicería, Brujería E Inquisición En El Nuevo Reino De Granada. Un Duelo De Imaginarios*. Medellín: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
25. Ceballos, D. (2002). “Quyen tal haze que tal pague”. *Sociedad y prácticas mágicas en el Nuevo Reino de Granada*. Bogotá: Ministerio de Cultura.
26. Certau, M. (1980 / 1996). *La Invención De Lo Cotidiano*. (Trad. Alejandro Pescador). México: Universidad Iberoamericana.
27. Chinchilla, A. (2000). *Guía terapéutica de las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.
28. Chinchilla, A. (Comp.). (2007). *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
29. Chopra, D. (1989 / 1990). *La curación cuántica*. México: Editorial Grijalbo S.A.
30. Comelles, J., & Martínez Á. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
31. Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos Internacional (CCDHI). (2010). *La Verdad sobre la psiquiatría*. Recuperado de http://www.cchr.org/es_ES/quick-facts/introduction.html.
32. CCDHI. (2010). *Antipsychotics. The facts about the effects*. Recuperado de <http://www.cchr.mx/sites/default/files/education/anti-psychotics-booklet.pdf>.
33. Coronil, F. (2000). Naturaleza del poscolonialismo: Del eurocentrismo al globalocentrismo. En E. Lander (Comp.). *La Colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales* (pp. 33-55). Buenos Aires: CLACSO/UNESCO.

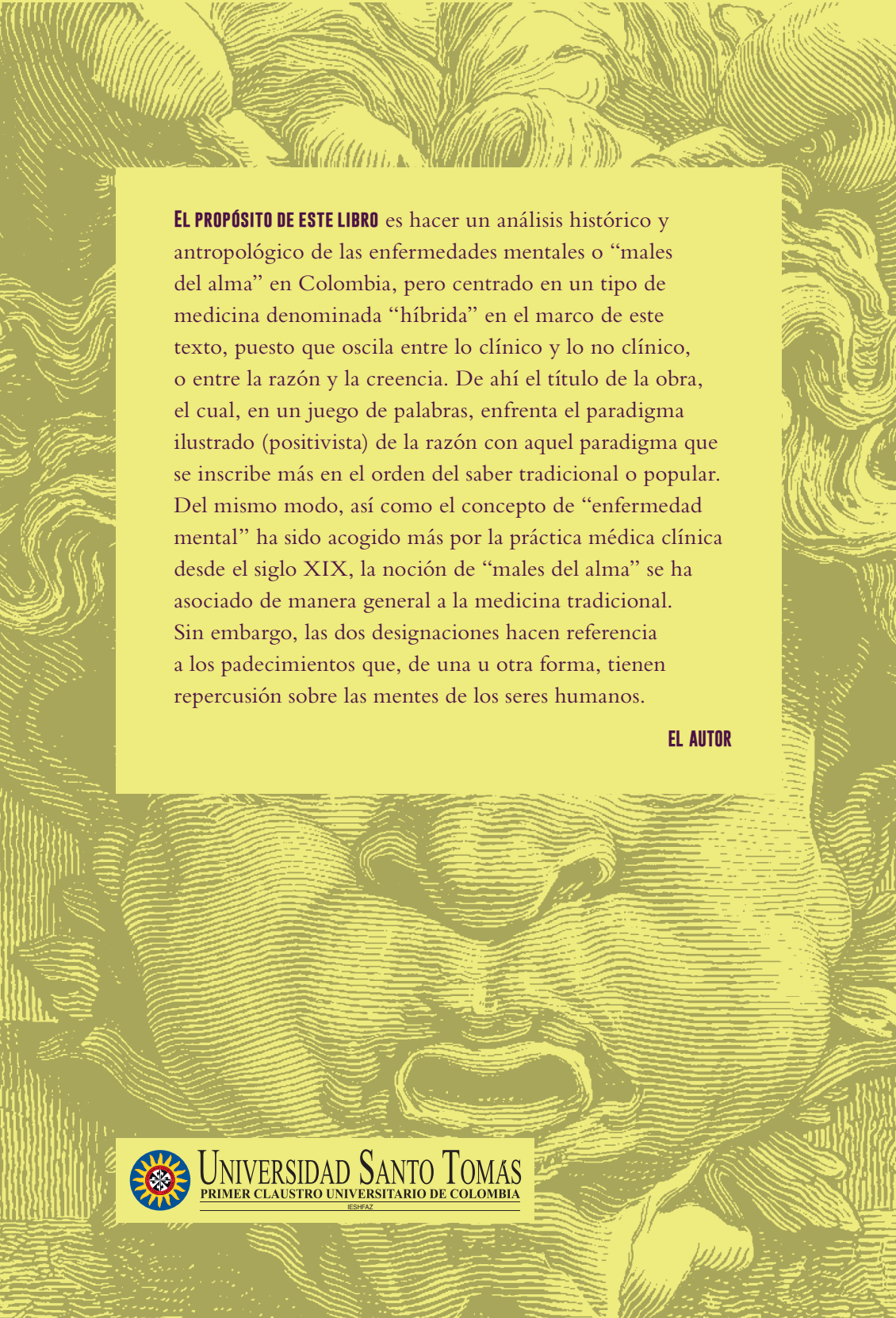
34. Cortés, C., Uribe, C., & Vásquez, R. (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2(34), 190–219.
35. Davis, F. (1979). *La comunicación no-verbal*. Madrid: Alianza Editorial.
36. Granada, G. (1977). Fórmulas mágicas de conjuro en el departamento del Chocó (Colombia). *Thesaurus*, 1(32), 166–173.
37. Díaz, R. (2001). *Esclavitud, región y ciudad*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.
38. Díaz, R. (2009). La diversión y lo privado entre los esclavos neogranadinos. En J. Borja., & P. Rodríguez (Eds.). *Historia de la vida privada en Colombia*. (Vol. 1, pp. 1–30). Bogotá: Taurus.
39. Eliade, M. (1951–1986). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. México: Fondo de Cultura Económica.
40. Eliade, M. (1953–1983). *Imágenes y símbolos. Ensayos sobre el simbolismo mágico-religioso*. Madrid: Taurus.
41. Escalante, A. (Diciembre, 1954). El Palenque de San Basilio. *Divulgaciones Etnográficas del Instituto Etnográfico del Atlántico*, 5, 207–351.
42. Escobar, A. (1998). *La invención del Tercer Mundo: Construcción y reconstrucción del desarrollo*. Bogotá: Norma.
43. Farmer, P. (2002). “Brujería, política y concepciones sobre el sida en el Haití rural”. En D. Armus (Ed.). *Entre curanderos y médicos. Historia, cultura y enfermedad en América Latina* (pp. 419–455). Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
44. Foucault, M. (1963 / 1977). *Nacimiento de la clínica. Una arqueológica de la mirada médica* México: Siglo XXI Editores S.A.
45. Foucault, M. (1964 / 1972). *Historia de la locura en la época clásica*. (Vols. 1 y 2). México: Fondo de Cultura Económica.
46. Foucault, M. (1975 / 2003). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión* México: Siglo XXI Editores.
47. Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós Studio.
48. Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
49. Freud, S. (1930/1980). *El Malestar en la cultura y otros ensayos*. Madrid: Alianza Editorial.
50. Friedemann, N. (1993). *La saga del negro*. Bogotá: Instituto de Genética Humana, Universidad Javeriana.
51. García, M. (2003). Apuntes sobre codificación y costumbre en la historia del derecho colombiano. *Precedentes. Boletín Jurídico*, pp. 97–124.
52. García, N. (1989–1990). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo.
53. Geertz, C. (1973–1993). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura (pp. 19–40). En C. Geertz. *La interpretación de las culturas*. Madrid: Gedisa.
54. Giginta, M. (1579–2000). *Tratado de remedio de pobres*. Barcelona: Ariel.
55. Ginzburg, C. (1976–1986). *El queso y los gusanos. El cosmos, según un molinero del siglo XVI*. Barcelona: Muchnik Editores.
56. Ginzburg, C. (1991). *Historia nocturna. Un desciframiento del aquelarre*. Barcelona: Muchnik.
57. Goffman, I. (1979). *Relaciones en público. Microestudios del orden público*. Madrid: Alianza Editorial.
58. Good, B. (1997). Studying mental illness in context: local, global or universal? *Ethos*, 25, 230–248.
59. Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
60. Gutiérrez, V. (1961). *La medicina popular en Colombia. Razones de su arraigo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
61. Gutiérrez, V. (1985). *Medicina tradicional de Colombia*. (Vol. 1 y 2). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
62. Harner, R. (1981–1998). *Germanica Nueva Medicina*. Málaga: Amici di Dirk.
63. Hall, E. (2003). *La dimensión oculta*. Buenos Aires: Siglo XXI.
64. Hernández, M. (2003). El debate sobre la ley 100 de 1993: Antes, durante y después. En S., Agudelo (Ed.). *La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos*. En *Salud pública* (pp. 463–479). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
65. Herrera, A., & Martínez, A. (1981). *Cotidianonegación. Razón de la locura y locura de la razón, desde el Hospital Siquiátrico de Boyacá*. Bogotá: La Oveja Negra Ltda.
66. Hodge, C. (2004). Why are preventions not the focus for breast cancer policy in the United States rather than high-tech medical solutions? En A. Castro., M. Singer., & C. Walnut (Eds.). *Unhealthy Health Policy: A critical anthropological examination* (pp. 351–361). CA: Altamira Press.

67. Huertas, P. (1995). *Guerreros, beldades y curanderos. El enigma de los indios teguas*. Tunja: Academia Boyacense de Historia.
68. Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. Barcelona: El viejo Topo.
69. Iriart, C., Merhy E., & Waitzkin H. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad. Saúde Pública*, (16), 95-105.
70. Jaramillo, J. (1963). Esclavos y señores en la sociedad colombiana del siglo XVIII. *Anuario de Historia Social y de la Cultura*, 1(1), 3-62.
71. Kaplan, M. (1995). *Neither cargo nor cult: Ritual politics and the colonial imagination in fiji*. Durham: Duke University Press.
72. Klein, H. (1986). *La esclavitud africana en América Latina y el Caribe*. Madrid: Alianza Editorial.
73. Kleinman, A. (1998). *The illness narratives: suffering healing, and the human condition*. New York: Basic Boock.
74. Kuethe, A. (1993). *Reforma militar y sociedad en la Nueva Granada, 1773-1808*. Bogotá: Banco de la República.
75. Labarta, C. (1995). Unos "Giradiscos" de hace 2.000 años revelan los métodos curativos de los chamanes. *Revista Más Allá*, 76, 52-53.
76. Lagarriga, I. (1991). Concepción y terapia de la enfermedad mental en la medicina tradicional de México. En *Otra América en construcción. Medicinas tradicionales, religiones populares. Memorias del Simposio: Identidad cultural, medicina tradicional y religiones populares, Amsterdam, 1988*. Bogotá: Universidad de Ámsterdam e ICAN.
77. Lander, E. (1999). Eurocentrismo y colonialismo en el pensamiento social latinoamericano. En S. Castro., O. Guadiola-Rivera., & C. Millán (Eds.). *Pensar (En) Los intersticios. Teoría y práctica de la crítica poscolonial*. Bogotá: Instituto de Estudios Pensar. Pontificia Universidad Javeriana.
78. Langebaek, C. (1996). *Noticias de caciques muy mayores*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
79. Laplantine, F. (1979). *Introducción a la etnopsiquiatría*. Barcelona: Gedisa.
80. Lehrer, M. (2006). Cáncer de piel o melanoma en la uña del dedo de la mano. *Philadelphia: Department of Dermatology, University of Pennsylvania Medical Center*. Recuperado de: http://www.walgreens.com/library/spanish_contents.jsp?doctype=6&docid=2439.
81. Lozano, A. (1994). *Cusco - Cosqo: modelo simbólico de la cosmología andina*. Madrid: CONAIE - CONPLADEIN/FAD.
82. Martínez, A. (1984). El maestro y la instrucción pública en el Nuevo Reino de Granada (1767 - 1809). En A. Martínez., & R. Silva. *Dos estudios sobre la educación en la colonia (1-120)*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
83. McFarlane, A. (1997). *Colombia antes de la Independencia. Economía, sociedad y política bajo el dominio Borbón*. Bogotá: Banco de la Republica y Ancora Editores.
84. Mignolo, W. (1998). Postoccidentalismo: El argumento desde América Latina. En S. Castro., & E. Mendieta (Coords.). *Teorías sin disciplina. Latinoamericanismo, postcolonialidad y globalización en debate* (pp. 250-320). México: Miguel Ángel Porrúa.
85. Mina, M. (1975). *Esclavitud y libertad en el Valle del río Cauca*. Bogotá: Publicaciones de la Rosca.
86. Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Atenea Digital*, 2, 1-25. Recuperada de: <http://www.bib.uab.es/pub/athenea/15788646n2a8.pdf>.
87. Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
88. Múnera, A. (1998). *El fracaso de la Nación, Región, clase y raza en el caribe colombiano, 1717-1810*. Bogotá: Banco de la República y Ancora Editores.
89. Murphy, R. (1987). *The Body Silent*. New York: Norton.
90. Navarrete, M. (1995). *Prácticas religiosas de los negros en la colonia. Cartagena Siglo XVII*. Cali: Universidad del Valle.
91. Nietzsche, F. (1972). *Así habló Zaratustra. Un libro para todos y para nadie*. Madrid: Alianza Editorial.
92. Noguera, C. (2003). *Medicina y política: discurso médico y prácticas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Universidad EAFIT.
93. Ocampo, J. (1989). *Supersticiones y agüeros colombianos*. Bogotá: Ancora Editores.
94. Ospina, M. (2011). De escarabajos y otros bichos: intimidades del paciente mental en los laberintos del capitalismo biomédico. *Maguaré*, 1(25), 241-276.
95. Oviedo, B. (1990). *Cualidades y riquezas del Nuevo Reino de Granada*. Bucaramanga: Memoria Regional N° 4.
96. Parra, F. (2003). *Procesos de territorialización entre recicladores de Bogotá* (Tesis de Maestría en Antropología). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C.
97. Pavlosky, S., & Fernández I. (1996). Quimioterapia de las leucemias agudas mieloblásticas. En G. Ruiz., & J. San Miguel (Comps.). *Actualización en leucemias*. México: Panamericana S. A.

98. Perea, C. (2000). De la identidad al conflicto: Los Estudios de juventud en Bogotá. En J. Martín Berbero., F. López., & A. Robledo (Eds.). *Cultura y región* (315-346). Bogotá: CES, Universidad Nacional, Ministerio de cultura.
99. Pérez, A., Morcillo, M., & Chinchilla, A. (2007). Epidemiología en la esquizofrenia. En A. Chinchilla, *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (pp. 33-55). Barcelona: Elsevier Masson.
100. Pinzón, C., & Suárez, R. (1988). Violencia y brujería en Bogotá. *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 16(35), 35-49.
101. Pinzón, C., & Suárez, R. (1988). Etnocidio y locura. *Revista Colombiana de Antropología*, 27, 91-115.
102. Pinzón, C., & Suárez, R. (1991). Los cuerpos y los poderes de las historias. Apuntes para una historia de las redes de chamanes y curanderos en Colombia. En *Otra América en construcción. Medicinas tradicionales, religiones populares. Memorias del Simposio: Identidad cultural, medicina tradicional y religiones populares, Amsterdam, 1988.* (pp. 88-102). Bogotá: Universidad de Ámsterdam e ICAN.
103. Pinzón, C., & Suárez, R. (1992). *Las mujeres lechuza: historia, cuerpo y brujería en Boyacá*. Bogotá: CEREC.
104. Pinzón, C. (1992). *Red de curanderos en Colombia: un proceso de intercambio de conocimientos médicos*. Manuscrito inédito, ICAN, Bogotá.
105. Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica. En
106. Postel, J., & Quétel, C. (Comps.). (1983-1987). *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
107. Price, R. (1973). *Sociedades Cimarronas: Comunidades esclavas rebeldes en las Américas*. Madrid: Siglo XXI Editores.
108. Puente, R., Chinchilla, A., & Riaz, C. (2007). Concepto de esquizofrenia. Introducción a la esquizofrenia. En A. Chinchilla (Comp.). *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
109. Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y américa latina. En E. Lander (comp.). *La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. CLACSO/UNESCO.
110. Ramírez, M. (1996-1997). El chamanismo, un campo de articulación de colonizadores y colonizados en la región amazónica colombiana. *Revista Colombiana de Antropología*, (33), 165-184.
111. Reis, J., & Dos Santos, F. (1996). *Liberdade por um fio: Histórica dos quilombos no Brasil*. Sau Paulo: Companhia das Letras.
112. Restrepo, E. (2002). *Vagos, enfermos y valetudinarios. Bogotá: 1830-1860*. (Texto inédito).
113. Restrepo, E., & Vileikis, O. (2006). *Régimen de atención en el Hospital San Juan de Dios: Ordenanzas y relaciones. Bogotá, 1868-1876*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/ADAI.
114. Revista Madrid Médico. (15 de diciembre de 1986). Los orígenes de la medicina en Iberoamérica. Entrevista a los doctores Ana Ligia Ango y Nelson David Benavides Vargas. *Revista Madrid Médico*, 8-9.
115. Rodríguez, S. (2007). *Sujeción, corrección y disciplina: Pedagogía social de masas en Santa Fe de Bogotá. 1780-1820*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
116. Rojas, I. (2004). El diagnóstico forense en inimputabilidad. *Revista INML y CF*, 1(18), 3-8.
117. Rojas, S. (2007). *La armonía de las formas*. Bogotá. Editorial: Norma.
118. Rojas, S. (2010). *Desintoxicate. Una guía para limpiar tu cuerpo mente y energía*. Bogotá. Editorial: Norma.
119. Rojas, S. (2011). *Esencias florales para cada momento. Una guía práctica de autocuración*. Bogotá: Norma.
120. Rosselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia*. (Vols. 1 y 2). Bogotá: Editorial Horizonte.
121. Rosselli, H. (1987). *La locura de Epifanio y otros ensayos*. Bogotá: Ediciones Tercer Mundo.
122. Sánchez, B., et al. (2008). *La historia de la química: pequeña guía para navegantes. Parte I: viejas y nuevas tendencias*. Madrid: Anales de la Real Sociedad Española de Química.
123. Sharon, D. (1978-1980). *El chaman de los cuatro vientos*. México: Siglo XXI Editores.
124. Sepúlveda, R. (10 de marzo de 2011). El contraste de dos templos. A pocos, metros de distancia, se viven dos ritos: el católico de Santa Marta y el esotérico de Salomón. *El Tiempo*, p.16.
125. Simón, P. (1991). *Noticias históricas de las conquistas de tierra firme en las Indias Occidentales*. (Tomo 4). Bogotá: Biblioteca del Banco Popular.
126. Strauss, L. (1958-1967). *Antropología estructural*. Buenos Aires: EUDEBA.
127. Szasz, T. (1961-1982). *El mito de la enfermedad mental: bases para una teoría de la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
128. Szasz, T. (1970-1976). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

129. Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura: estudio comparativo de la inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. Barcelona: Editorial Kairós.
130. Szasz, T. (1996). *El mito de la psicoterapia*. México: Ediciones Coyoacán S.A.
131. Taussig, M. (septiembre-diciembre, 1979). Religión de esclavos y la creación de un campesinado en el valle del río Cauca, Colombia. *Estudios rurales latinoamericanos*, 3(2), 362-399.
132. Taussig, M. (1987). *Chamanismo, colonialismo y el hombre salvaje. Un estudio sobre el terror y la curación*. Bogotá: Editorial Norma.
133. Tovar, H. (1992). *De una Chispa se forma una hoguera: esclavitud, insubordinación y liberación*. Tunja: Editorial de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
134. Uribe, C. (1998). El ritual y la "locura: Psiquiatría y cultura en Colombia". *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(27) 32-41.
135. Uribe, C. (2000-2001). La controversia por la cultura en el DSM-IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4(29), 345-366.
136. Uribe, C. (1997). Magia y locura: La violencia simbólica y la enfermedad mental. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 4(45), 189-194.
137. Uribe, C. (1999). Creencias populares y enfermedad mental. *Boletín de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y Aexmun*, 2(9) 25-28.
138. Uribe, C. (2003). Magia, brujería y violencia en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, 2(15), 53-79.
139. Uribe, C. (2015). Erich Fromm, José Gutiérrez y el psicoanálisis humanista en Colombia. Trashumante. *Revista Americana de Historia Social*, (5), 244-263.
140. Vives, J. (1914?-1926). *Tratado del socorro de los pobres*. Valencia: Prometeo.
141. Yanai, T. (1988). Sobre la etnomedicina y la etnosiquiatría. *Revista Ágora Papeles de Filosofía*, (6), 121-131.
142. Ziegler, K. (21 de abril de 2010). Una receta para fabricar seudociencia. *El Espectador*, p. 12.

Esta obra se editó en Ediciones USTA,
Departamento Editorial de la Universidad Santo Tomás.
Tipografía: Filosofía OT.
2016



EL PROPÓSITO DE ESTE LIBRO es hacer un análisis histórico y antropológico de las enfermedades mentales o “males del alma” en Colombia, pero centrado en un tipo de medicina denominada “híbrida” en el marco de este texto, puesto que oscila entre lo clínico y lo no clínico, o entre la razón y la creencia. De ahí el título de la obra, el cual, en un juego de palabras, enfrenta el paradigma ilustrado (positivista) de la razón con aquel paradigma que se inscribe más en el orden del saber tradicional o popular. Del mismo modo, así como el concepto de “enfermedad mental” ha sido acogido más por la práctica médica clínica desde el siglo XIX, la noción de “males del alma” se ha asociado de manera general a la medicina tradicional. Sin embargo, las dos designaciones hacen referencia a los padecimientos que, de una u otra forma, tienen repercusión sobre las mentes de los seres humanos.

EL AUTOR



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

ISBN 958-762-000-2