

HA

00008

TRAYECTORIAS TERAPEUTICAS:
REPRESENTACIONES, PRÁCTICAS Y SISTEMAS MEDICOS
EN EL TRATAMIENTO DE LA LOCURA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA,
COLOMBIA.

JUAN CARLOS GOMEZ BLANCO.

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
PROGRAMA DE ANTROPOLOGIA
SANTA MARTA

2006

TRAYECTORIAS TERAPEUTICAS:
REPRESENTACIONES, PRÁCTICAS Y SISTEMAS MEDICOS
EN EL TRATAMIENTO DE LA LOCURA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA,
COLOMBIA.

JUAN CARLOS GOMEZ BLANCO.

Tesis de Grado presentada para optar por el titulo de Antropólogo

MAURICIO PARDO
Director

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
PROGRAMA DE ANTROPOLOGIA
SANTA MARTA

2006

Nota de Aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

A mi hija Angelita, mi madre Fanny, Lucy, Daly y Tiapetry, que con su cariño y confianza han contribuido siempre a mantener a flote esta aventura de vida.

AGRADECIMIENTOS

Especialmente a todas aquellas personas que con sus opiniones, relatos y vivencias con la enfermedad hicieron posible esta versión de sus dramas y acontecimientos de vida.

Al profesor Carlos Vladimir Zambrano y sus valiosas recomendaciones, las cuales sirvieron siempre para aclarar el panorama. Al profesor Mauricio Pardo, por su interés y animadas discusiones acerca de este trabajo de grado. Al profesor Francisco Avella, por sus oportunas sugerencias. A Silvia Burgos, quien siempre estuvo dispuesta a escuchar mis dudas e incertidumbres. A Carine Latjman, y nuestras largas conversaciones acerca del tema. Al profesor Fabio Silva y el Departamento de Antropología, por entender las vicisitudes del proceso académico.

A todos ellos, mi reconocimiento e inmensa gratitud.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCION	1
1. LA OBSTINACION DE UN MURMULLO	8
1.1. La construcción occidental del loco: contexto y aproximación histórica	8
1.2. Enfermedad mental y Cultura	16
1.3. Proceso de salud, enfermedad y atención	24
2. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL	28
2.1. Representación social: algunas consideraciones teóricas	28
2.2. La representación social en el proceso de salud-enfermedad y atención	32
2.3. Ideas, creencias y significaciones de la locura en Santa Marta	34
3. CARACTERIZACION DE LOS SISTEMAS MEDICOS	52
3.1. Los sistemas médicos en Santa Marta y su operatividad	52
3.2. Sistema médico oficial: la lógica institucional	56
3.2.1. La dinámica local de la institucionalización	62
3.2.2. El CRFT: valoración médica e internamiento psiquiátrico	68
3.2.3. El pabellón: cartografías	74
3.3. Sistema médico popular: lo popular estratégico	81
3.3.1. Los curanderos: de gracias, iniciaciones y poderes	84
3.3.2. prácticas y terapéuticas	96
3.4. La integralidad del sistema	107
3.4.1. Elección	108
3.4.2. Transitoriedad de la legitimidad	111

4. TRAYECTORIAS Y NARRATIVAS DE ENFERMEDAD	114
4.1. De umbrales y mediaciones	117
4.2. Dimensiones de la enfermedad: del malestar al padecimiento	126
4.2.1. Robinson o las transfiguraciones	128
4.2.2. Ignacio y el Susto	134
4.2.3. Walter o el juego de los espejos	137
5. CONSIDERACIONES FINALES	142
BIBLIOGRAFIA GENERAL	146
ANEXOS	151

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1 Entidades con servicios de atención en salud mental y rehabilitación en la ciudad de Santa Marta	65
Tabla 2 Total de consultas externas realizadas en el CRFT años 1996-2002	66
Tabla 3 Diez primeras causas de morbilidad por urgencias CRFT años 2003-2005	69
Tabla 4 Agentes terapéuticos populares identificados y relacionados Con el tratamiento de la locura en la ciudad de Santa Marta	95
Tabla 5 Del malestar al padecimiento	126

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1 Dos versiones de la obra “el cortador de piedra” de El Bosco.	9
Figura 2 Fragmento de “las nave de los locos”. El Bosco. Siglo XVI.	13
Figura 3 Médicos del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Santa Marta. 1936.	63
Figura 4 Fachada del CRFT. 2002.	64
Figura 5 Fachada actual del CRFT.	64
Figura 6 Puerta de ingreso al pabellón Psiquiátrico del CRFT.	74
Figura 7 Zona exterior aledaña al pabellón destinada al recreo y terapias grupales.	78
Figura 8 Entrada principal del CRFT. 2005.	80
Figura 9 Herboristeria San Gregorio, ubicada en el mercado público de Santa Marta.	83
Figura 10 Imaginería, baños y esencias medicinales propios de la oferta terapéutica popular en la ciudad.	86
Figura 11 Portada de folleto publicitario de venta en tiendas naturistas.	90
Figura 12 El “hermano de poder” Negro Felipe.	104
Figura 13 La “hermana de poder” Maria Lionza.	104

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.	
NACIONES UNIDAS, ASAMBLEA GENERAL, RESOLUCION 46 /119 DEL 17 DE DICIEMBRE DE 1991.	152
Anexo B. POLITICA NACIONAL DE SALUD MENTAL. 2003	156

*¿Hasta cuando el rostro de un ser querido
que se pierde en una enfermedad, en una locura, en la muerte
sigue siendo aún reconocible?
¿Cuándo un "yo" deja de ser "yo"?*

Milan Kundera.

INTRODUCCION

En las trayectorias terapéuticas que surcan todo este trabajo, el fenómeno de la locura en sus diversas acepciones y manifestaciones, aparece como el punto focal que articula las dimensiones de lo biológico y de lo social constitutivas de la experiencia humana. Pero esta forma de experiencia, caracterizada por una *subjetividad extrema* e identificada con la perturbación mental, que vincula el enfermo con sus padecimientos, se encuentra atravesada por una multiplicidad de representaciones y prácticas sociales que en gran medida la definen y condicionan. Entonces, la locura bajo el determinismo de la *enfermedad mental* es remitida al campo de unas relaciones de saberes y poderes que pugnan por el encuadramiento de su naturaleza y sus manifestaciones a la luz de determinados modelos explicativos y de sistemas clasificatorios, que le asignan su estatuto de acuerdo al marco de referencia de lo patológico, contenidos a su vez en las dimensiones de salud y de enfermedad en un contexto sociocultural específico.

Por su parte, en una definición de *salud* convenimos con Didier Fassin en considerar ésta como “la relación del ser físico y psíquico, por un lado, y del mundo social y político por otro. Esto significa que es otra cosa y mucho más que el anverso de la enfermedad al que se le aproxima a menudo, o que la idea de bienestar global que las instituciones sanitarias se aseguran de promocionar” (2004: 286). Así, tanto la salud como la enfermedad se hayan inmersos en un campo decididamente político donde, a base de una construcción histórica se determinan acciones y prácticas institucionalizadas, sea en términos de formas asistenciales propias del modelo oficial hegemónico, o de sistemas curativos implementados desde lo popular de manera estratégica como mecanismos de producción y reproducción cultural.

Justamente, a partir de unas representaciones y prácticas sociales en torno a la enfermedad mental, se van estructurando los distintos itinerarios terapéuticos en el marco del proceso de salud, enfermedad y atención; una aproximación a tales representaciones, donde se inscriben ideas, nociones y creencias resulta ser de gran ayuda en la comprensión de las actitudes, conductas y decisiones que asumen las personas al momento de buscar soluciones o contrarrestar aquellos padecimientos relacionados con el fenómeno de la locura. Esto también implica la forma en que son evaluados y valorados los distintos modelos explicativos de la enfermedad, así como la legitimación de unas prácticas curativas y su correspondiente eficacia simbólica.

Si consideramos esto de acuerdo a las definiciones, diagnósticos y tratamientos médicos, estamos frente a diversas posturas que engloban todo un *corpus* ideológico, político y técnico contenidos en sistemas médicos que se erigen como alternativas de curación, y que buscan satisfacer las expectativas y demandas del enfermo y su grupo social.

De tal manera, que los distintos sistemas se consideran aquí desde sus respectivos saberes, experiencias y tratamientos: por un lado, el modelo oficial se basa en el paradigma científico propio de la modernidad, legitimando a un saber psiquiátrico en la definición y tratamiento de la enfermedad, y abordando la problemática desde un enfoque biologicista, desde esta perspectiva “las enfermedades mentales son realidades esencialmente biológicas, y la investigación debe estar orientada a desentrañar los numerosos misterios que todavía encierra el funcionamiento del sistema nervioso central de los seres humanos” (Uribe, 2000: 361). En cuanto a la realidad del enfermo, la psiquiatría parte de la premisa que éste se encuentra sumido en una visión errática de su realidad circundante, manifestada a través de comportamientos y actitudes inadecuadas, convirtiéndose de esta forma en sujeto de reeducación y resocialización, mediante la medicalización y la activación de un poder disciplinario.

De otro lado, un saber médico popular, al ser enfrentado con las manifestaciones de la locura, opta por asignar causales radicalmente distintas de las propuestas por la

biomedicina, es decir se privilegian factores sociales y culturales como ejes causales del padecimiento: en este contexto, la enfermedad mental es una construcción social, donde la persona que padece valida una serie de prácticas que, a través de su *eficacia* simbólica, coloca al enfermo en un doble juego de comprensión e integración cultural. Uno de los aspectos más significativos del proceso terapéutico al interior del sistema médico popular es que el enfermo recibe del agente curador —en este caso el curandero— explicación consecuente con la interpretación que él mismo hace de sus padecimientos, basado en las representaciones y elementos significativos que su sistema cultural le confiere.

En lo relativo a las *trayectorias terapéuticas*, entendiendo por esto el periplo que va desde las primeras manifestaciones hasta la puesta en práctica de un tratamiento médico, lo cual involucra instituciones, agentes curadores y prácticas; he considerado cuatro fases constitutivas: en primer lugar, el umbral de enfermedad, estrechamente ligado a las representaciones sociales; una segunda fase que obedece a la toma de decisiones y su consecuente elección de un sistema médico; seguido esto por una caracterización, acceso y tránsito por el sistema, y relacionado con su modelo explicativo. Y como última instancia, he incluido las técnicas y procedimientos terapéuticos, cuyo papel sería entonces colmar las expectativas de curación, o contrarrestar los padecimientos.

Así pues, el interés principal de este trabajo ha sido el de describir y analizar distintas trayectorias en las cuales se partía de la presunción de una perturbación mental o de un estado de locura. Para tal efecto, tomé como soporte los relatos y testimonios de actores significativos involucrados en el proceso de salud-enfermedad y atención, donde resaltan las narrativas de los propios enfermos, así como la participación de los agentes curadores a través de sus experiencias y prácticas. El trabajo de campo comprendió observaciones directas de corte etnográfico tanto en el pabellón psiquiátrico del Centro de Rehabilitación y Diagnóstico Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta, como en dos herboristerías y un consultorio de medicina popular, ubicados en el mercado público de la ciudad. Esto fue complementado con entrevistas abiertas y conversaciones informales. Cabe anotar que en la compilación y análisis de la información obtenida, he privilegiado el punto de vista de los

enfermos y sus familiares tanto el que respecta a la interpretación que ellos mismos hacen de sus males, como a la definición y significados atribuidos al itinerario terapéutico.

Ya en lo que concierne a un análisis antropológico, he procurado establecer distintos niveles de aproximación a la realidad social de la enfermedad que pretendí develar, tratando siempre de mantener la justa dimensión de los orientaciones y perspectivas que estaban en juego a la hora de abordar la problemática, ya fuese desde las huestes psicologistas o de mero antagonismo de paradigmas, para concentrarme más bien en establecer un marco relacional que permitiese la articulación de saberes, prácticas e instituciones con las vicisitudes y circunstancias cotidiana de las personas afectadas. En términos metodológicos, Menéndez (2002) se refiere a los marcos o procesos relacionales como esa posibilidad de observar “el lugar que ocupa lo “tradicional” o lo “científico”, en términos del sistema de prácticas y representaciones que está teniendo lugar en la realidad de un enfermo atendido ya sea en el hogar, o por una hierbera, o por un médico alópata, o por un espiritista o, como puede ocurrir, por todos ellos de forma sucesiva”.

A mi juicio, la aplicación de tal enfoque relacional en este trabajo permitió una mayor comprensión de los intrincados itinerarios y su dinámica de acceso y tránsito por los distintos sistemas médicos: itinerarios que bien podían estar sujetos a un viraje o su replanteo en un momento dado, especialmente ante la persistencia de los males, lo cual generaba un franco distanciamiento o ruptura con el modelo y sus prácticas curativas. Esto resulta de suma importancia en el contexto del proceso de salud-enfermedad y atención, ya que dicha ruptura tiene efectos en la validación de los sistemas médicos, lo cual se analizó este trabajo bajo la forma de una transitoriedad de la legitimidad, entendida en términos de un pluralismo asistencial, evidenciado en el comportamiento mismo de las trayectorias aquí expuestas.

En su orden, la temática se desarrolla en cuatro capítulos. El primero de ellos corresponde a una revisión histórica del fenómeno de la locura en las sociedades occidentales. Basado principalmente en el enfoque genealógico de Michel Foucault se muestra cómo, luego de la

separación de la figura del loco de otras formas de marginalidad social, éste queda atrapado en los límites del hospital y en el encierro manicomial, como máxima expresión de una sociedad esencialmente disciplinaria; la locura, que estaba signada por la naturaleza extraviada, y peor aún, proscrita por la *indeterminación de sus actos*, con el desarrollo de la psiquiatría hacia finales del siglo XIX, será en adelante mirada bajo el sombrío manto de la enfermedad mental. A partir de ahí, entro a considerar las relaciones entre la noción de enfermedad mental y aquellos determinantes históricos, políticos y económicos que hicieron posible su constitución en cuanto tal.

El segundo se ocupa de las representaciones sociales en sus aspectos teóricos, y la aplicabilidad de éstos en el proceso de salud-enfermedad y atención. Expongo la formación y definición del concepto de representación social, así como las diversas tendencias dentro de las ciencias sociales que se han apropiado del término para resaltar su incidencia en determinadas prácticas sociales. En este sentido, se propone su aplicación a las dimensiones de salud y de enfermedad, y de qué manera puede servir para el análisis de las trayectorias terapéuticas, siempre que éstas son influidas de cierta manera, por creencias y tradiciones socializadas al interior del grupo. Asimismo, se incluye un sub-capítulo que registra nociones y representaciones de la locura que se manejan en la ciudad de Santa Marta, y donde se identifican las causas y las clasificaciones que la gente atribuye a la enfermedad mental, que según los testimonios pueden ir desde categorías y apropiaciones del discurso psiquiátrico, así como puede obedecer a trabajos de brujería, e incluso por envidia o celos. Aparecen aquí las opiniones y juicios de actores significativos como enfermos, curanderos y psiquiatras, entre otros.

El tercer capítulo está dedicado a los sistemas médicos popular y oficial: se describen sus características, se da cuenta de la estructuración de cada uno de ellos en base a modelos explicativos, instituciones, y los agentes curadores con sus prácticas correspondientes. En el sistema oficial, realizo una revisión histórica de la formación y organización del gremio médico en el panorama nacional y local, resaltando las condiciones sociales y políticas que permitieron su rápida expansión en el país, y la consolidación del modelo biomédico como

hegemónico; también se analiza la dinámica local de la institucionalización, que derivó en el posicionamiento de la práctica del internamiento psiquiátrico, producto de la implementación de unas políticas estatales. Al respecto, presento una descripción y análisis del pabellón psiquiátrico de carácter público de la ciudad, en el cual se recrea el ejercicio del poder, característico del modelo correccional. De igual forma, acudo a relatos de los llamados pacientes mentales con la intención de dar cuenta de su percepción y asimilación de la lógica del internamiento, y cómo incide en las trayectorias.

En el caso del sistema popular, el interés apunta hacia el sistema clasificador de las enfermedades que trata, y donde el equilibrio emocional y mental se vea implicado. La figura del curandero resulta capital, dado que prácticamente sobre éste recaen todas las expectativas de curación, gracias a los altos niveles carismáticos y de compenetración emocional y perceptual que maneja con sus pacientes. Como se verá, aquí el modelo explicativo de la enfermedad es sumamente complejo y provisto de una serie de elementos provenientes de diversos mundos de significación, para luego ser reelaborados en los rituales de sanación, a los cuales tanto el curandero como el enfermo le asignan un alto poder curativo, dotando al proceso de la eficacia simbólica requerida. La mayor parte de los relatos consignados en este capítulo corresponde a la descripción detallada de sus prácticas curanderiles, de sus relaciones con lo sobrenatural, y la forma en que articulan las dimensiones de lo biológico y lo cultural en tanto expresión de la integración entre representaciones, prácticas y terapéuticas.

Además, como parte integral del capítulo de los sistemas médicos se incluye también aquellos elementos relacionados con la operatividad de los sistemas en la ciudad, desde la perspectiva del pluralismo asistencial y a partir de tres indicadores: la integralidad del sistema, referida a las respuestas institucionales frente a las trayectorias terapéuticas; los determinantes para la elección de un sistema determinado; y la transitoriedad de la legitimidad y su relación con el curso y comportamiento de las trayectorias frente a los saberes, instituciones y prácticas.

El último capítulo recoge una serie de narrativas de enfermedad, tanto de pacientes mentales en condición de internamiento psiquiátrico, y de aquellos enfermos que se consideran *asustados*, o víctimas de maleficios y embrujos con consecuencias negativas en su equilibrio mental; también se relatan aquí casos de posesión por espíritus. Un rasgo común en todas estas narrativas es su énfasis en la experiencia subjetiva de la enfermedad, su cercanía con el delirio, pero sobre todo el drama existencial que este tipo de acontecimientos acarrea, y que a veces parecieran desbordar cualquier intento de objetivación. Sin embargo, en aras de una contextualización se miran algunos aspectos de la narrativa en tanto herramienta metodológica, y su pertinencia en el análisis antropológico desde el punto de vista de la *experiencia*.

En el texto aparecen dos instancias de las narrativas que son las concernientes a los umbrales de enfermedad, y las dimensiones que dan cuenta del paso de los malestares y trastornos al reconocimiento social del rol de enfermo. En este orden, se destacan tres casos representativos de las clasificaciones arriba señaladas y que pretenden dar cuenta del punto de vista del que padece y su vivencia.

Finalmente, a título de unas consideraciones finales trato de recapitular brevemente los aspectos relevantes del trabajo, y señalando su carácter aproximativo así como los posibles alcances y retos futuros en el panorama local y regional, de este tipo de investigaciones desde la perspectiva de una antropología médica.

1. LA OBSTINACION DE UN MURMULLO

1.1. La construcción occidental del loco: contexto y aproximación histórica

El fenómeno de la locura hace su aparición en las sociedades industrializadas modernas bajo el manto originario de la extrañeza: la figura del internamiento, que había tomado forma desde el siglo XVII europeo, sumado luego al determinismo de la *enfermedad mental*, serán decisivos para el establecimiento de su estatuto en los tiempos modernos. Sin embargo, esto no supone una superación de la *indeterminación* que ha caracterizado la conciencia occidental de la locura: y digo indeterminación puesto que la locura ha estado signada por ella en los intentos de descifrar su naturaleza y sentido.

En esta suerte de desdibujamiento de la experiencia de la locura, se imponen históricamente dos tendencias –anteriores a la condición hegemónica de un poder médico psiquiátrico, característico de las sociedades modernas- que, para el siglo XVI, están más o menos definidas: por un lado, la humanista con un alto componente espiritual, ligada especialmente al hecho del padecimiento: esta es la imagen del loco que transita por los terrenos de la caridad, acompañado por mendigos y delincuentes, confundido en el marasmo de lo “irracional” y arrojado a la absoluta indefinición de sus actos.

Por otro, se encuentra toda una genealogía de imágenes –que alcanza su máximo grado de expresión en las obras pictóricas de El Bosco y Brueghel-, la cual apunta hacia la vivencia tormentosa, pero también toma forma de denuncia frente a la estrechez de nuestra mirada respecto a la comprensión de la experiencia. En esta última, lo que se consolida es la imagen demencial de los vicios y las pasiones, es el loco *fuera de sí*, entregado al desorden perpetuo y presa de la degradación física y moral (Foucault, 2000).

Si bien estas dos tendencias tienen en común tomar a la locura como foco de padecimiento y sinrazón, existe una marcada diferenciación al dar una respuesta social a la problemática: para la visión humanista, la caridad es la clave. Con un alto sentido de moralidad cristiana, el medioevo impone la figura de la *beneficencia pública*, representada en las llamadas casas de internamiento, y que acogían aquellos brotes de marginalidad social: “Pero casi nunca se precisó claramente cuál era su estatuto (del “loco”), ni qué sentido tenía esta vecindad, que parecía asignar una misma patria a los pobres, a los desocupados, a los mozos de correccional y a los insensatos”¹. La desaparición de estos “centros de pobreza” -a principios a mediados del siglo XVIII en Europa- donde la locura había ido a parar, estuvo determinada por diversos factores, sobresaliendo el económico, al volverse prácticamente insostenibles, y socialmente indeseables. Sin embargo, la estructura del internamiento se mantiene como solución final; así, cuando la caridad en tanto sensibilidad social de una época, cede a las presiones socioeconómicas se instaura una nueva conciencia: en el futuro toda esta legión, considerada insana, será objeto de una condena ética.

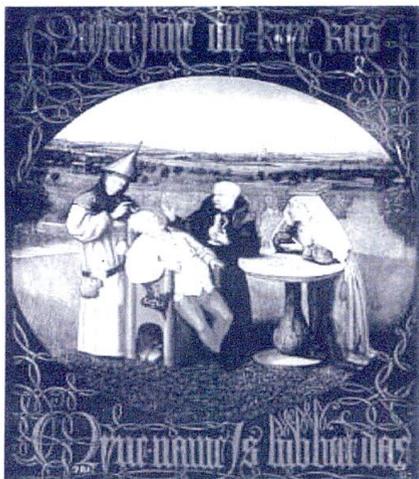


Fig. 1. Dos versiones de la obra “el cortador de piedra” de El Bosco (1456-1516), donde describe el procedimiento conocido Terebración, y que consistía en la extracción de la “piedra de la locura”, a la cual se le atribuía sus causas en la época medieval.
Fuente: Catálogo Jerome Bosch, del Museum Boijmans Van Beuningen, Rotterdam. 2001.

¹ *Op. cit.* pp. 79.

La cuestión se complica aún más con el advenimiento de una conciencia social, que enmarca el fenómeno de la locura en los senderos de los vicios y las pasiones, en tanto naturaleza humana extraviada. Es el centro mismo de la sospecha, y su condena procede de muchos vértices; en el tránsito de una experiencia casi mística, humillada, a una condición perturbadora del orden, se hace necesario unas instancias de control: este hecho, va a obedecer fundamentalmente a una conciencia ética del trabajo, producto de la superación del modelo feudal por una incipiente burguesía: de ahí que “Antes de tener el sentido medicinal que le atribuimos, o que al menos queremos concederle, el confinamiento ha sido una exigencia de algo muy distinto de la preocupación de la curación. Lo que lo ha hecho necesario, ha sido un imperativo de trabajo. Donde nuestra filantropía quisiera reconocer señales de benevolencia hacia la enfermedad, sólo encontramos la condenación de la ociosidad”².

Si bien bajo la custodia de la caridad pública, la figura del loco se confundía con aquellos personajes con los que se les encontraba cierta afinidad, con la aparición de esta conciencia del trabajo van a surgir los primeros rasgos distintivos de su condición, los cuales derivan en la contemplación de un régimen distinto al asumido hasta ese momento. Esta condición, producto de un principio de diferenciación, procede básicamente de sus marcadas incapacidades: dado que el control social se localiza cada vez más bajo la ética de la producción y el trabajo, rechazando cualquier forma de inutilidad, el loco no puede sustraerse a ello debido a la progresiva marginación a la cual se veía expuesto, que según Foucault en su *Historia de la locura en la época clásica*, había encontrado su justificación en dos hechos que van a ser determinantes y que de alguna manera persistirán como base fundamental para la consolidación del enjuiciamiento moral, y son los referidos a sus marcadas incapacidades para insertarse en los ritmos del trabajo y de la colectividad imperantes; consideraciones nada despreciables si se tiene en cuenta que se vinculaba - como argumento para la exclusión- a la locura en estrecha relación con la pobreza que, más que de orden económico, se presentaba en términos de un total descuido individual de

² *Ibid.* pp. 102.

ciertos preceptos dictados desde la ética y la disciplina. De hecho, lo que en principio surgió como una suerte de medidas paliativas desde las huestes de una moralidad cristiana, y que en realidad obedecían a una estrategia de *ocultamiento* de aquellas grietas que se presentaban como insolubles, y de difícil manejo en términos de asistencia y seguridad social, a determinados sectores de la población que no encontraban un adecuado posicionamiento al interior del sistema burgués; ahora, es decir a lo largo del siglo XVIII, se planteaba abiertamente desde una conciencia práctica que buscaba resolver la creciente problemática social, donde la figura del loco, y por extensión la locura devienen en emblemáticas, a la luz de consideraciones eminentemente políticas, e incluso jurídicas sin precedentes. De ahí que el otrora encierro indiscriminado relacionado con un aparente sentido de protección y caridad, adquiere en lo sucesivo el carácter de internamiento en cuanto tal, o sea de tipo reclusorio y privativo ligado sobre todo a la desviación y transgresión social, en cuya base y estructura aparecerán las connotaciones clínicas que hoy le conocemos a la práctica social del internamiento.

De tal manera que el surgimiento de las distintas conciencias y los cambios en la sensibilidad social respecto a la locura, van a estar ligadas a unos determinantes ideológicos que las definen y sustentan, en tanto construcción social y cultural donde se aspira a establecer los límites de la experiencia: se asiste en principio a una especie de conciencia que toma la forma de una denuncia que, sin profundizar en las motivaciones y ante la perplejidad frente a la naturaleza inasible e indeterminada del loco, lo confunde en la mendicidad, incluso con manifestaciones cercanas al delito: probablemente, a partir de su originaria indeterminación, los vínculos con figuras de índole delincencial y otras formas de marginalidad social no haya permitido expresar una clara conciencia acerca de su naturaleza, lo que si es cierto es que los mecanismos sociales del internamiento apuntaron hacia la urgencia de la separación.

En este proceso paulatino pero eficaz, la locura entonces es símbolo de separación; y la separación a la vez distingue: a partir de una precisa declaración de los límites, mediante la asignación de un estatuto signado por la desviación y la transgresión, lo que a la vez trae

consigo las posibilidades de una definición y la objetivación de la experiencia: en otras palabras, lo que se hace visible ahora y en adelante es el *enfermo mental* y como tal requiere de tratamientos y competencias de otra índole.

“A través de sus palabras se reconocía la locura del loco; ellas eran el lugar en que se ejercía la separación, pero nunca eran recogidas o escuchadas. Nunca, antes de finales del siglo XVIII, se le había ocurrido a un médico la idea de querer saber lo que decía (cómo lo decía, por qué lo decía) en estas palabras que, sin embargo, originaban la diferencia. Todo ese inmenso discurso del loco regresaba al ruido; y no se le concedía la palabra más que simbólicamente, en el teatro en que se le exponía, desarmado y reconciliado, puesto que en él desempeñaba el papel de verdad enmascarada” (Foucault, 2002a: 17).

Básicamente, lo que ocurre es que se inauguran las relaciones fundantes del nuevo estatuto, y que involucra tanto la categorización del discurso del loco en las intrincadas formas de la enfermedad mental, así como el reacomodamiento médico en tanto discurso clínico, que fija las coordenadas y referencias que permiten delimitar una experiencia como la del loco que, hasta ese momento –finales del siglo XVIII- se había tomado como expresión de una *subjetividad extrema*: desde el mismo instante que se da paso al proceso de objetivación del lenguaje de la locura y sus manifestaciones, ésta ya no está más replegada sobre sí misma; por el contrario, a los ojos de la razón instrumental y de las estructuras científicas del saber médico, la locura es una enfermedad y como tal hay que tratarla.

La perspectiva clínica entonces va a situar la enfermedad siempre en el cuerpo, nunca fuera de él, convirtiéndose así en objeto de estudio: desde este punto de vista, la locura ya es inadmisibile como extravío sin más, como insensatez despreocupada. De sujeto del drama pasa a ser objeto del orden psiquiátrico. Pero si bien se pretende aprehender y aislar el fenómeno en los confines de la clínica que, en este sentido, no es otra cosa que la instauración de un discurso acerca de la enfermedad mental (Foucault, 2003); el mismo Foucault nos advierte que la noción de clínica, e incluso la psiquiatría, de ninguna manera, nacen como consecuencia de un desarrollo o progreso en el conocimiento sobre la locura, sino más bien son producto de estrategias y dispositivos disciplinarios, los cuales se organizan precisamente bajo la premisa de imposición de un régimen sobre la condición y manifestaciones de la locura, en tanto perturbadoras del orden establecido.

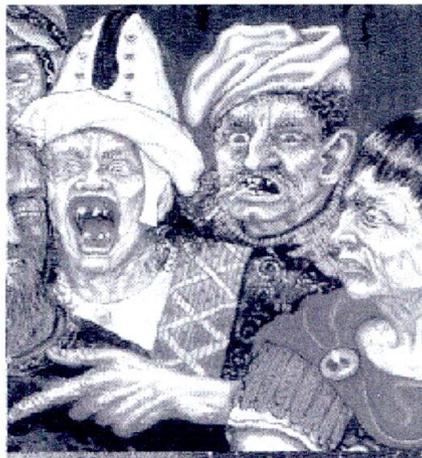


Fig.2. Fragmento de "las nave de los locos". Obra de El Bosco. Siglo XVI

De todas formas, es interesante ver cómo se instala un doble circuito que otorga la legitimidad requerida a unas prácticas sociales, y que apuntan hacia distintos frentes: por un lado, encontramos la figura del internamiento como expresión de control social sobre el loco, desde donde se establecen las medidas de tipo político-administrativas que restringen la circulación y acción de comportamientos considerados erráticos y hasta peligrosos; por otro, con la reorganización del discurso médico frente a la locura, cuya principal derivación la encontramos en la naciente psiquiatría, a comienzos del siglo XIX, ésta se va a ocupar del enfermo mental, lo cual genera una separación definitiva de sus connotaciones sociales para ponerlo en situación de objeto de ciencia y tratamiento psiquiátrico.

Sin embargo, la cuestión no sólo radicaba en identificar aquellos aspectos comportamentales y de lenguaje, atribuidos a las manifestaciones clásicas de la locura, sino saber de qué manera y en qué medida tales manifestaciones podían ser objeto de un diagnóstico psiquiátrico diferencial en tanto enfermedad mental. A pesar de las dificultades y contradicciones para el establecimiento de dichos diagnósticos relacionados con casos de locura, para 1826 ya se reconocían tres grandes tipos de síndromes, a saber: el de la parálisis progresiva; el síndrome psiquiátrico de la locura, y el estado Terminal de demencia (Foucault, 2003: 269). Prácticamente un siglo más tarde, hacia 1917 Emil

Kraepelin en su obra *Cien años de psiquiatría* daba cuenta del intrincado panorama en los siguientes términos:

“Debemos admitir abiertamente que la gran mayoría de los paciente llegados a nuestras instituciones están perdidos para siempre de acuerdo con lo que sabemos, que aún el mejor de los cuidados nunca puede restaurarlos a la salud completa. Nuestros tratamientos probablemente prolongan la vida para un vasto número de inválidos mentales cuya condición sería de otra manera intolerable, pero solo raramente efectuarían una curación... Conocemos las causas básicas de tres de las mayores enfermedades: defectos hereditarios, alcoholismo y sífilis. Ellos constituyen, de acuerdo a los cálculos más conservadores, por lo menos un tercio de todos los trastornos mentales tratados en nuestros hospitales. La naturaleza de la mayoría de las enfermedades es todavía oscura... Pero nadie negará que las futuras investigaciones descubrirán nuevos hechos en una ciencia tan joven como la nuestra... Solamente la investigación científica puede lograr la realización de tales avances...” (citado en Rosselli, 1987: 16).

De hecho, fue el discurso de la curación lo que permitió entrelazar los dos elementos que coadyuvaron a configurar el sistema global psiquiátrico, es decir el internamiento y el determinismo de la enfermedad. Y esto es posible a partir de la combinación de los aspectos estructurales del internamiento, tales como cierto orden disciplinar, aislamiento, espacios y tiempos reglados, etc., con la medicación y tratamientos a nivel físico y psíquico. Tratamiento entonces que, ya a partir del siglo XIX y en adelante, termina cumpliendo la doble función de terapéutica y control de la enfermedad, en el ámbito propio del orden psiquiátrico.

Así, la experiencia subjetiva de la locura que antes de su separación definitiva de otras formas de marginalidad, estuvo asociada a un sujeto del drama, errático y poseedor de un lenguaje desarticulado, pero también lejos de asignársele cualquier tipo de discurso *escuchable*: en suma, a los ojos del pensamiento moderno la realidad de la locura está signada por la carencia. Ante todo, el loco carece de razón; carece de un lenguaje coherente y encima puede ser tildado de individuo peligroso; condiciones estas que, paradójicamente, y bajo la lógica del internamiento generan la carencia de la libertad. Justamente, conviniendo con la perspectiva foucaltiana, el orden psiquiátrico se encargará de administrar este sistema de carencias. Y lo hace básicamente a través de la práctica del internamiento, con la implementación unos determinados dispositivos institucionales cuyos

propósitos son, en primer lugar, introducir toda una serie de necesidades surgidas precisamente de la realidad carente del loco; para luego definir una realidad exterior a la manicomial, la cual se presenta en términos de insatisfacciones, a la vez que surge –tal exterioridad- como incapaz de suplir la necesidades propias del proceso de curación.

En el mundo occidental moderno, tales estrategias resultaron ser decisivas en ese tránsito de la experiencia de la locura hacia los límites de la clínica psiquiátrica. Paso decisivo también para las pretensiones de una psiquiatría que, amparada en los presupuestos de un rigor científico, pugnaba por constituirse en un saber objetivo acerca de la locura y sus manifestaciones, empeño que a fin de cuentas termina por retribuirle el estatuto de especialidad al interior de la medicina, el cual viene dado principalmente por su tendencia biologicista a la hora de describir y explicar el fenómeno de la locura.

Fenómeno que ya sólo tendrá existencia y sentido a partir de la emergencia y delimitación del lenguaje de la enfermedad mental, radicada en el cuerpo en tanto organismo susceptible de objetivar y tratar, incluso de curar. En suma, la locura pasa de ser expresión descarnada, dramática de rupturas y contradicciones sociales, políticas y económicas, a convertirse en una realidad patológica, de cuerpos psiquiatrizados y localizados. Es partir de ello que la enfermedad mental se configura como aquello *nombrable* de la experiencia de la locura, y cuyas formas de aparición proceden de un universo totalmente distinto: ya no del discurso humanista de la sinrazón sino más bien del lenguaje clínico de la enfermedad.

“se podría decir, que en el fondo, la máquina asilar es eficaz en cierto número de cosas. En primer lugar, el encuadramiento disciplinario ininterrumpido; la asimetría de poder que le es inherente; el juego de las necesidades; el reconocimiento del lenguaje de la verdad, basado en una identidad administrativa. Pero esta verdad, no es aquella que la locura habla en su propio nombre, es la enunciación de verdad de una locura que acepta ser reconocida en primera persona en una cierta realidad administrativa y médica, constituida por el poder asilar. [...] la verdad no está jamás en juego entre el médico y el enfermo. Lo que se da es la realidad biográfica del enfermo, instaurada de una vez por todas, y lo que significa como lo que hay que curar” (Foucault. 2003: 160).

1.2. Enfermedad mental y cultura

Se ha mostrado de qué manera entonces el nuevo lugar de referencia de la locura para el saber médico, va a radicar en la enfermedad mental. Un lugar que no sólo implicó aquellas elaboraciones de tipo científicas que de allí se derivaron, sino además se conjugaron toda una serie de circunstancias significativas de distinta índole, de las cuales se destacan un reordenamiento económico y jurídico con raíces en los albores de la sociedad burguesa; las transformaciones político-administrativas respecto a la salud pública y el tratamiento de la cuestión social ligada a situaciones de marginalidad y pobreza, y que originó la institución hospitalaria como centro de control de las poblaciones afectadas.

Entonces, la distinción fundamental entre lo normal y lo considerado patológico va a definir la centralidad de la psiquiatría en tanto ciencia especializada, a través precisamente de sus delimitaciones epistemológicas, pero sobre todo recurriendo a sus implementaciones técnico-instrumentales. De hecho, cuando Foucault se refiere a la configuración del saber y el poder psiquiátricos como aquel que “se ha desarrollado según un cierto número de planes, de procedimientos tácticos, de elementos estratégicos que la han llegado a definir”, incorporando a la vez aquellos elementos que presuponen la curación, es probable que el problema pueda ser planteado desde la inscripción misma de la enfermedad mental como una especie de escenificación de estos procedimientos y estas estrategias. En este sentido, sin desconocer el papel preponderante de la conceptualización y definición de psicopatologías, o de los presupuestos relacionados con manifestaciones fisiopatológicas, que van a sustentar los procesos y prácticas terapéuticas, también es cierto que dicha centralidad de la psiquiatría obedece en gran medida a la imposición de una normatividad, en la medida de poder establecer las líneas de visibilidad de la enfermedad mental.

Así, lo que trato de resaltar es que la noción de enfermedad mental no sólo procede de las condiciones y especulaciones científicas que le son inherentes, sino que tomó forma a partir de unas bases histórico-sociales específicas que permitieron su objetivación, y donde dicha objetivación “no depende de una objetividad previa y por tanto no debe ser interrogada



sobre su fundamento real sino sobre su constitución histórica” (Foucault: 2002b). Ahora bien, si tomamos en cuenta ese sentido histórico otorgado a la noción de enfermedad mental referida específicamente a un hecho fisiopatológico, esto quiere decir que asistimos al *efecto* producido por la conjunción de las condiciones antes mencionadas, y que posibilitaron sus formas de aparición en cuanto tal, al interior de la civilización occidental.

Pero estas formas de aparición y la consecuente instauración de la realidad de la enfermedad mental en el mundo occidental, deben contar no sólo con las validaciones y reconocimiento de un estatuto científico, derivado de unas prácticas y del valor significativo de unos diagnósticos diferenciales, sino también de su reconocimiento a nivel social y cultural.

Si convenimos con la afirmación de que una enfermedad es reconocida como tal en un contexto cultural determinado, esto nos lleva a terrenos y consideraciones más allá de lo estrictamente médico, donde el concurso de factores socioculturales pueden ser preponderantes y actuar también de manera decisiva a la hora de las definiciones, valores y significados atribuidos a ciertos comportamientos, actitudes y expresiones vistos en el marco de lo anormal o patológico. “En poco tiempo, aquello que había sido entendido desde el conocimiento más biomédico como una realidad fisiopatológica, o por lo menos psicológica, ha sido entendido como una elaboración cultural, como una metáfora altamente sugestiva, incluso como un símbolo condensador de contradicciones sociales y político-económicas”(Martínez Hernández, 1998: 43).

Pues bien, la ampliación de la perspectiva o del marco interpretativo para la comprensión del fenómeno de la locura sitúa la problemática en otros terrenos, y con aproximaciones teórica y dominios de otro orden: ¿se trata en realidad de manifestaciones mórbidas que sólo pueden ser aprehendidas e interpretadas desde la disfunción o anomalía orgánicas o, por el contrario éstas permiten una aproximación antropológica, a partir del universo de la cultura y su preponderancia en la dimensión simbólica?. Esto a la vez supone que, sea cual fuese la posición u orientación conceptual asumida, requiere de la puesta en escena de

unos determinados modelos interpretativos, ya sea mediante la valoración significativa en el contexto clínico; sea a través de la interpretación etnográfica:

“Con todo, existen otras diferencias significativas entre la psiquiatría y la antropología que aquí es preciso apuntar, como la no necesidad en el caso de la segunda de discriminar entre lo normal y lo patológico. Por ejemplo, en la descripción etnográfica de E. no se ha intentado elaborar un diagnóstico o descubrir un proceso patológico, ni en términos biológicos ni tan sólo desde una perspectiva psicológica o psicoanalítica. Y es que lo que interesa al etnógrafo o al antropólogo teórico no es lo mismo que lo que interesa al clínico, sea este psiquiatra, psicoanalista o psicólogo y adopte o no una aproximación hermenéutica para entender la enfermedad y los síntomas. Si hay algo que separa más nitidamente a estas dos formas de aprehensión de los fenómenos es precisamente esta presencia o ausencia de criterios de discriminación entre lo normal y lo patológico. De hecho, esta divergencia de intereses no es algo exclusivo de la antropología y de la psiquiatría, sino que, y como indicó Max Weber con lucidez, es la distancia que separa a las ciencias sociales de lo que él llamó «ciencias dogmáticas»” (Martínez Hernández, 1998: 55).

De hecho, el enfoque de los estudios antropológicos en el campo de la salud- enfermedad mental va a estar centrada en la consideración de factores socioculturales como ejes causales de enfermedad. Es decir, de lo que se trata es de identificar y establecer una dimensión social y cultural del fenómeno. Lo que implica entonces poner en situación algunos determinantes que no suelen ser incluidos desde el punto de vista de la valoración clínica en tanto causalidades: estos tiene que ver, por ejemplo, con las representaciones sociales de la locura, o de los trastornos mentales; las explicaciones y definiciones que el sujeto enfermo y su grupo social de pertenencia tienen de la enfermedad y sus padecimientos, lo cual ejerce una influencia considerable a la hora de afrontarlos y dar respuestas de acuerdo a su propio universo de significación.

Es precisamente en el marco de interpretaciones y significaciones desde donde se plantea la disyuntiva respecto a la naturaleza, definición y tratamiento de la enfermedad mental, cuyos extremos comprenden la posición biologicista propia de la biomedicina; y por otro, la pertinencia de lo sociocultural que, desde el enfoque antropológico, privilegia la noción de enfermedad mental como una construcción social y cultural. De tal manera que “lo primero equivale a decir que los síntomas de la enfermedad responden a procesos fisiológicos subyacentes, entendidos de forma implícita como factores causales. La segunda posición asume que la enfermedad está mediada por la cultura, al igual que la presunción médica de

que existe correlación entre el síntoma y un defecto en los procesos fisiológicos” (Uribe, 2000: 347). Según el sistema estadístico y de clasificación diagnóstica DSM-IV –hoy vigente y diseñado por la Asociación Americana de Psiquiatría, y cuyo rasgo característico es el pretendido carácter de universalidad que asigna a la enfermedad mental-, principal herramienta para el mundo occidental a la hora de definir y diagnosticar un trastorno mental se refiere a ello de la siguiente manera:

“Cada uno de los trastornos mentales se conceptualiza como un síndrome o un patrón psicológico o de comportamiento clínicamente significativo que ocurre en un individuo y que está asociado con un estado de aflicción presente (v.gr. u síntoma de dolor) o de incapacidad (esto es un deterioro en una o varias áreas del funcionamiento del individuo), o con un riesgo significativamente mayor de sufrir la muerte, el dolor, la incapacidad, o una importante pérdida de la libertad. En adición, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta esperable y culturalmente sancionada frente a un evento particular, por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea la causa original, debe ser considerado en realidad como una manifestación de una disfunción psicológica, biológica o del comportamiento en el individuo. Ni el comportamiento desviado (v.gr. político, religioso, o sexual), ni los conflictos que son primariamente entre el individuo y la sociedad, son desórdenes mentales, a menos que ese conflicto o desviación sea un síntoma de disfunción en el individuo; tal y como ella se definió más arriba”TM (citado en Uribe, 2000).

Definición de la cual se desprenden algunas cuestiones que vale la pena resaltar: en primer lugar, queda claro que a la luz del modelo biomédico la enfermedad mental es considerada ante todo en términos de una disfuncionalidad, la cual puede comprometer la dimensión psicobiológica, tomando como una clara expresión de ello aquellas señales comportamentales susceptibles de ser tratadas como incapacidad mental; segundo, en la medida que los trastornos mentales se relacionan con hechos fisiológicos, estos pueden derivar en estados “clínicamente significativos”, y por ende posibilita la intervención médica respectiva; por último, siempre que se trata de patrones que denotan signos de disfunción orgánica, los trastornos pueden ser objetos de clasificación y diagnóstico en relación a éste modelo explicativo. Asistimos entonces al proceso de objetivación, que tendría como propósito establecer un cierto estado patológico a través de la observación clínica de signos y síntomas de enfermedad, permitiendo así la elaboración de un diagnóstico psiquiátrico.

Otro de los aspectos que determinan un distanciamiento de los modelos de la psiquiatría y de la antropología, tiene que ver con la forma como son abordadas las manifestaciones de

enfermedad desde el punto de vista de las nociones de signo y síntoma, y el peso que adquieren en cada uno de los campos interpretativos. Para el psiquiatra, un signo de enfermedad forma parte del proceso de objetivación de las manifestaciones subjetivas de la persona que padece, el cual adquiere unas connotaciones significativas en la valoración médica; por su parte, el interés del antropólogo se dirige más hacia dichos aspectos subjetivos del padecimiento, especialmente en las propias interpretaciones que el enfermo hace de ellos:

“Entendiendo aquí por signo una evidencia objetiva de una enfermedad que es perceptible por el profesional; y por síntoma, en cambio, una manifestación más ambigua, incierta y derivada de la percepción y expresión del propio paciente. El signo, tal como lo define la terminología biomédica y psiquiátrica, guarda una fuerte conexión con lo que en semiótica se ha entendido como índices o señales naturales.

Contrariamente, el síntoma refiere a «una manifestación del paciente», a una «percepción subjetiva». Sin entrar en profundidades sobre qué se quiere indicar aquí con la palabra «subjetivo», lo cierto es que el síntoma se presenta como una interpretación que ha elaborado el paciente sobre una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales [...] El síntoma es así verbalizado o mostrado mimicamente y, por tanto, su construcción responde a las necesidades de expresión de un emisor. Se presenta, de esta manera, no ya como la parte de una realidad física o el efecto visible de una causa, sino como una expresión humana que guarda en sí misma un significado. Por esta razón puede entenderse que el síntoma, una palabra cuyo significado etimológico es el de coincidencia, pueda ser estudiado tanto por la psiquiatría neokraepeliniana como por la antropología interpretativa. Sólo que, en el fondo, estamos ante diferentes conceptos y problemáticas. Y es que mientras para unos la relación de coincidencia se establece entre manifestaciones y procesos fisiopatológicos, para otros se produce entre significados y contextos culturales”.³

A partir de la producción de significados en contextos socioculturales específicos, es que las tendencias interpretativas en antropología introducen una noción de cultura. Contando a Clifford Geertz entre sus exponentes más sobresalientes, esta corriente apunta hacia la posibilidad de un conocimiento antropológico por la vía de la interpretación de símbolos y significados subyacentes a las acciones, experiencias e instituciones humanas, poniendo el énfasis en lo que el propio Geertz llama el “punto de vista del nativo”, esto es, la ardua indagación por la forma en que las personas piensan, creen e imaginan acerca de ellos mismos. Básicamente, Geertz (1993: 548) expone un concepto de cultura de contenido semiótico, siempre que “el hombre es un animal suspendido en telarañas cuyo significado

³ Martínez Hernández. H. *Op. cit.* pp. 45

él mismo ha construido; imagino la cultura como esas telarañas, y su análisis no es una ciencia experimental que busca la ley, sino que es interpretativa y busca el significado”. Más allá de los planteamientos metodológicos, para la antropología interpretativa la problemática es de orden epistemológica. Así, “la descripción etnográfica a través de la mayoría de las tendencias interpretativas no busca encontrar lo verdadero o falso de un proceso sino, describir e interpretar el funcionamiento, los significados o la experiencia a nivel local. Lo que interesa a Geertz no es acceder a una verdad de difícil o imposible evidenciación, sino hacer inteligible los diferentes sistemas de creencias culturales, ideológicas, científicas” (Menéndez, 2002: 71).

Sin embargo, al parecer el mismo Geertz reconoce ciertas dificultades planteadas en términos metodológicos, en la medida que surgen los interrogantes alrededor de cómo y en qué grados se resuelve lo que él denomina la identificación transcultural o la proximidad psicológica con el sujeto de estudio. Pues bien, la resolución viene dada por la consideración de las singularidades o los llamados mundos locales de significación: y acudiendo específicamente a los conceptos de “experiencia próxima y de “experiencia distante” acuñados por el psicoanalista Heinz Kohut:

“Poco más o menos, un concepto de experiencia próxima es aquel que alguien -un paciente, un sujeto cualquiera o en nuestro caso un informante- puede emplear naturalmente y sin esfuerzo alguno para definir lo que él o sus prójimos ven, sienten, piensan, imaginan, etcétera, y que podría comprender con rapidez en el caso de que fuese aplicado de forma similar por otras personas. Un concepto de experiencia distante es, en cambio, aquel que los especialistas de un género u otro -un analista, un experimentalista, un etnógrafo, incluso un sacerdote o un ideólogo- emplean para impulsar sus propósitos científicos, filosóficos o prácticos. [...] Ciertamente, la diferencia es de grado, y no se caracteriza por una oposición polar -el «miedo» es más un concepto de experiencia próxima que la «fobia», y la «fobia» lo es más que la «disintonía del ego»-. Asimismo, la diferencia no es normativa, al menos por lo que se refiere a la antropología (la poesía y la física son otra cuestión), en el sentido de que un tipo de concepto ha de ser preferido como tal por encima del otro”.

“Plantear la cuestión de este modo -preguntándose por el rumbo que ha de tomar el análisis antropológico y por la forma de articular sus resultados, en lugar de plantear la constitución psíquica que necesitan tener los antropólogos- reduce el misterio de lo que significa «ver las cosas desde el punto de vista del nativo». [...] La cuestión no estriba en situarse en cierta correspondencia interna de espíritu con los informantes. Ya que sin duda prefieren, como el resto de nosotros, hacer las cosas a su modo, no creo que les entusiasme demasiado un esfuerzo semejante. Más bien, la cuestión consiste en descifrar qué demonios creen ellos que son. Por supuesto, en cierto sentido, nadie conoce esa respuesta

mejor que ellos mismos; de ahí la pasión por nadar en la corriente de su experiencia, así como la ilusión que de algún modo uno pone en ello⁴.

De tal manera, la argumentación del enfoque interpretativo fija las condiciones mediante las cuales sea posible alcanzar ciertos grados de exactitud en la descripción e identificación de los distintos modos de expresión cultural; de allí, que convenga con un tipo de análisis antropológico donde aquellos componentes del conocimiento local puedan ser expresados en el contexto de estructuras globales de significación, en una especie de “concepción simultánea” o de dialéctica que, lo cual permite establecer un denominado *círculo hermenéutico*, es decir, “el todo concebido a partir de las partes que lo describen con realismo y las partes concebidas a partir del todo que las motiva, pretendemos, a través de una suerte de movimiento intelectual perpetuo, situar a ambas partes en un contexto en el que se expliquen mutuamente”(Geertz, 1994: 89).

Ahora bien, en aras de la discusión, un autor como Eduardo Menéndez, el cual podemos decir que se inscribe en la corriente de la antropología médica latinoamericana, señala la situación problemática en lo concerniente a tomar “la cultura como verdad”, como rasgo característico en la metodología propuesta por las líneas dominantes de la perspectiva interpretativa. Esto tiene especial relevancia a la hora de relacionarla con la realidad estudiada desde “el punto de vista del actor narrado por el antropólogo”: según él, esto fue posible mientras la antropología describía las distintas culturas desde cierto relativismo, subrayando las particulares de cada sujeto cultural, pero sin tomar en cuenta o excluyendo los mecanismos mediante los cuales se llevaban a cabo toda una serie de reelaboraciones y resignificaciones al interior mismo del sistema cultural, producto de las permanentes transacciones entre los distintos actores significativos.

Tal situación, sigue anotando Menéndez, se volvió especialmente crítica cuando la mirada antropológica apuntó sus intereses hacia el “estudio de culturas ‘complejas’, y sobre todo hacia la propia sociedad caracterizada por la presencia de diferentes actores sociales significativos,

⁴ Geertz, C. *Op. cit.* pp. 73

condujo a reconocer la existencia conjunta de saberes diferentes, pero también distintos criterios de verdad funcionando simultáneamente, y que refieren a intereses, necesidades, objetivos particulares, que algunos autores describen en términos de hegemonía/subalternidad”.

Lo que va a introducir Menéndez en la discusión es una *perspectiva relacional* que, a su juicio, deviene en fundamental en la medida que centra el análisis no sólo en un sujeto cultural y su “verdad”, sino más bien en las relaciones que desde allí se generan:

“Varias de estas propuestas (interpretativas) posibilitan la descripción y sobre todo la interpretación de aspectos frecuentemente omitidos u opacados de la realidad estudiada, pero la focalización de sus investigaciones en torno a un solo actor –por ejemplo exclusivamente en el saber biomédico o en el saber curativo tradicional– y no en las relaciones constituidas entre los diferentes actores significativos tiende a limitar, o directamente sesgar dicha posibilidad. En la mayoría de las tendencias interpretativas dominan dos concepciones complementarias; por una parte la concepción de que toda cultura desarrolla una racionalidad propia es resignificada en términos de que dicha racionalidad es equivalente a verdad. Y por otra parte la cultura tiende a ser manejada en términos de homogeneidad y de a-historicidad; de tal manera que en gran parte de la producción antropológica actual observamos no sólo la exclusión de la dimensión ideológica, sino la carencia del desarrollo de una perspectiva relacional.

[...] Si bien es correcto afirmar que los sujetos viven, aprenden, perciben la realidad a través de sus propias experiencias culturales y locales, y que las mismas constituyen sus principios de verdad, así como afirmar que la realidad, que la verdad que opera en la práctica se define a partir de situaciones específicas (es decir, que no hay verdad para los actores más allá de lo que ellos viven como realidad), dichas afirmaciones tienden a distorsionar, sesgar y/o empobrecer la realidad cuando la reducen a la descripción exclusiva del punto de vista de un solo actor, que puede ser un sujeto, una comunidad o una cultura. Reconocer que la realidad significa ‘verdad’ para los que la viven nos parece correcto en términos metodológicos e inclusive de acción, pero siempre y cuando no sacralicemos como verdad dicha realidad, sino que la refiramos a las transacciones que operan entre los diferentes actores significativos, incluidas las relaciones con el propio investigador⁵.

En todo caso, sea que se tome o no en cuenta los planteamientos y consideraciones de un enfoque relacional dentro del campo metodológico de la producción antropológica, lo cierto es que la antropología ha buscado describir e interpretar los trastornos mentales, a partir de los determinantes socioculturales inherentes al proceso de salud, de enfermedad y atención médica. Más allá de las diferencias que se puedan presentar – y de hecho se presentan- al interior mismo del enfoque disciplinario, de las posturas más o menos críticas frente al papel que ha jugado la biomedicina, y en especial la psiquiatría respecto a la definición y

⁵ Menéndez, E. *Op. cit.* pp. 76.

tratamiento de la locura, lo importante aquí es señalar justamente el rol desempeñado por la antropología, a partir de la consideración de las dimensiones y determinantes sociales y culturales en el proceso, ampliando así el rango de apreciación y comprensión del fenómeno de la locura desde la perspectiva de su estructura simbólica.

1.3. Proceso de salud, enfermedad y atención.

Así, la construcción y definición de las nociones de salud y de enfermedad mental no han obedecido exclusivamente a criterios científicos. En ello han tomado partido múltiples factores sociales, económicos, políticos, etc., para llegar a configurar lo que hoy entendemos –por lo menos desde el enfoque sociocultural- por las dimensiones de salud y de enfermedad mental. Usualmente, desde la perspectiva de la antropología médica, se consideran aquellos aspectos fundamentales que puedan dar cuenta del proceso de salud, enfermedad mental y atención. Entre ellos podemos encontrar las concepciones y representaciones sociales de la enfermedad mental; el encuentro curador-paciente y los discursos respectivos en torno a la explicación y comprensión de los padecimientos; por último, se toman en cuenta las conductas y estrategias seguidas por los grupos sociales en las trayectorias terapéuticas, es decir, el encuentro institucional con un sistema médico determinado, o en condiciones de pluralidad asistencial según el caso.

Básicamente, las corrientes de antropología médica reconocen la legitimidad de los saberes y prácticas de los distintos sistemas médicos, sean estos propios de una medicina tradicional, de una medicina popular urbana, o de la biomedicina. De ahí que no se establezcan criterios universalistas, en la medida que dichos saberes y prácticas obtienen sus validaciones y legitimaciones dentro de contextos específicos, y de acuerdo a sus respectivos modelos explicativos e interpretativos; los cuales generan, a su vez, los criterios de verdad y eficacia simbólica requeridos (Menéndez, 2002). Sin embargo, el mismo Menéndez llama la atención acerca de la dinámica del proceso terapéutico y sus contextos de significación, especialmente en aquellas situaciones de pluralismo asistencial –entendido

como la existencia, posibilidad de acceso, y uso de distintos sistemas médicos-, especialmente en el contexto de la medicina popular urbanizada, donde los actores sociales se encuentran, cada vez más, frente a saberes y modelos explicativos de la enfermedad procedentes de distintas “comunidades de significado”, los cuales entran en un proceso de reelaboración y resignificación cultural constante. De ahí que las concepciones y representaciones sociales de la locura, aunada a los curadores en términos de sus discursos y modelos explicativos de enfermedad, así como los distintos tratamientos van a configurar determinadas trayectorias terapéuticas, donde “tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en un conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos” (Menéndez, 1994: 71).

Si bien la salud es considerada como un estado idealizado de equilibrio, de bienestar físico y psicológico, la enfermedad mental, en tanto construcción social y cultural, adquiere ciertas connotaciones negativas de las cuales difícilmente es desligada: en realidad, el “estar loco” es considerado –al menos en las sociedades occidentales- un estado negativo e incluso peligroso, y definitivamente indeseable. Por tanto, ya que es visto bajo la óptica del desequilibrio y la anormalidad, se convierte en sujeto de *intervención* cuyo comportamiento será objeto del control social consecuente; control altamente ideologizado y que posibilita, a su vez, la presunción de *totalidad* del fenómeno de la locura en la enfermedad mental. De ahí que Foucault señale que la esencia de lo patológico se haya querido definir en términos de una relación al medio, a una normatividad y que justamente en la separación o alejamiento de este medio y esta normatividad reside dicha esencia: “la enfermedad será marginal por naturaleza, y relativa a una cultura sólo en la medida que es una conducta que no se integra” Foucault (2002b: 73).

Sin embargo, a partir de sus estudios en comunidades urbanas afroamericanas de Brasil, Roger Bastide (2003) resalta la manera como persisten la relación de ciertos estados de locura con fenómenos de posesión por espíritus, es decir se refiere a manifestaciones de lo

sobrenatural, donde tanto la enfermedad como su terapéutica -basada principalmente en técnicas extáticas o trance- adquieren una función de integración cultural, en la medida que esto apunta hacia la producción y reproducción de sistemas de creencias ligados a la esfera de lo mágico-religioso: ya sea a través de experiencias místicas, o por efectos de la intervención de espíritus malignos, ocasionada por la transgresión de reglas sociales y morales que puedan afectar la estabilidad del grupo social.

De ahí, que se preste atención al encuentro curador-paciente en relación a los aspectos subjetivos y en tanto hecho sociocultural y no meramente técnico. Por lo tanto, si lo miramos desde el punto de vista del paradigma biomédico, tal relación medico-paciente va estar atravesada por discursos en conflicto, aunque planteada en condiciones hegemónicas: por una parte, el discurso psiquiátrico busca el *encuadramiento* diagnóstico a partir de la manifestación y narración sintomáticas, y esto dentro del marco explicativo de la desviación patológica; por el lado del enfermo y su grupo social, se acude a las representaciones sociales de la enfermedad, capaces de proporcionar un *sentido* y una interpretación de los padecimientos, a la vez que permita la búsqueda de soluciones de acuerdo a su propio sistema de valores morales y sociales.

“Estos sistemas (médicos), que devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales (medicina mandarina, medicina ayurvédica, medicina alopática), no condujeron a la anulación o erradicación de todas las prácticas y representaciones existentes, que eran manejadas por los diferentes conjuntos sociales, aunque sí contribuyeron a su modificación y/o establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad. Todas las sociedades *necesitan* producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto a los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva.

[...] lo que nos interesa subrayar es que en todos los casos, sean curadores populares o representantes del saber biomédico, su saber se aplica a sujetos y grupos y, en consecuencia, entran en relación con representaciones y prácticas sociales que conducen necesariamente a convertir en hechos sociales y culturales una parte sustantiva de sus actividades técnicas” (Menéndez, 1994: 73).

Y es que los vínculos que se establecen entre las representaciones y las prácticas curativas resultan fundamentales en las actitudes, conductas y toma de decisiones frente a los padecimientos por parte del enfermo y su grupo social de pertenencia, sobre todo en las fases tempranas de la trayectoria terapéutica, donde las nociones de salud y de enfermedad

mental adquieren especial incidencia. Precisamente, es a partir de dichas nociones y los grados de identificación que se establezca con ellas en el proceso terapéutico, lo que define, en gran medida, la permanencia en un sistema médico dado y su eficacia simbólica. Sin embargo, en las trayectorias también confluyen otros factores que determinan el comportamiento de la misma a lo largo del proceso, entre los cuales es factible tomar en cuenta las posibilidades de acceso, la especificidad otorgada -desde el punto de vista del enfermo y su grupo social- a los padecimientos y la consecuente búsqueda de respuestas y tratamientos médicos; así como una articulación satisfactoria de las expectativas individuales y colectivas, con el tratamiento y manejo de la enfermedad por parte de los agentes curadores, entre otros.

2. LA REPRESENTACION SOCIAL

2.1. Representación social: algunas consideraciones teóricas.

- Las representaciones sociales, en tanto estudio de la construcción social de la realidad circundante, constituyen una manera particular de aprehensión e interpretación del entorno social y cultural al interior de los distintos grupos sociales. En lo relativo a un estudio de las representaciones sociales, desde el punto de vista de sus aspectos o componentes teóricos, es preciso considerar aquellas condiciones de producción en las cuales surgen, es decir, como producto de la interacción colectiva donde “si bien no se puede afirmar que un grupo es tal por el hecho de compartir determinadas representaciones sociales, sí es evidente que, en ocasiones, la denominada cultura grupal define intensamente al grupo y está vinculada no sólo con una memoria y con un lenguaje compartidos, sino también con representaciones comunes” (Araya, 2002: 33). Respecto a las funciones sociales que se le atribuyen a las representaciones, se encuentran las referidas a la mencionada construcción social de la realidad, así como su injerencia en el desarrollo de una identidad y, sobre todo, el papel que éstas juegan en términos de la construcción de conocimientos y la búsqueda de sentido.

En cuanto a unos antecedentes teóricos, tenemos que Durkheim en su concepto de representación colectiva, estableció que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una suerte de fuerza a externos a ellos, y esto puede evidenciarse a través de elementos o productos culturales como los mitos, la religión, las creencias, etc. En su obra *Las reglas del método sociológico*, Durkheim se concentra en la definición, reglas y explicación de lo que él llama hechos sociales. Al respecto anota:

“Lo que los constituye (a los hechos sociales) son las creencias, las tendencias, las prácticas del grupo tomado colectivamente; en cuanto a las formas que revisten los estados colectivos reflejándose en los individuos son cosa de otra especie. Lo que demuestra categóricamente esta dualidad de naturaleza es que estos dos órdenes de hechos se presentan muchas veces disociados. En efecto, algunas de estas maneras de obrar o de pensar adquieren, debido a la repetición, una especie de consistencia que las precipita, por así decirlo, y las aísla de los acontecimientos particulares que las reflejan. Toman así un cuerpo, una forma sensible que le es propia y constituyen una realidad *sui generis*, muy distinta de los hechos individuales que la manifiestan. La costumbre colectiva no existe solamente en estado de inmanencia en los actos sucesivos que ella determina, sino, se expresa de boca en boca, que se transmite por la educación, que se fija incluso por escrito” (Durkheim (1895) 1985: 41-42).

Por su parte, Moscovici (1979) se refiere a las representaciones sociales como “una modalidad particular del conocimiento [...] la representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios”. Este autor difiere, en buena parte, con los postulados durkheiminianos en lo relacionado con lo “coacción externa” al individuo por parte de una conciencia colectiva, como procesos disociados:

“Resumiendo, mientras que las representaciones colectivas, de acuerdo con la concepción clásica de Durkheim, son un término explicativo que designa una clase general de conocimientos y creencias (ciencia, mitos, religión, etc.), desde nuestro punto de vista, son fenómenos ligados con una manera especial de adquirir y comunicar conocimientos, una manera que crea la realidad y el sentido común. Enfatizar esta diferencia fue mi propósito al sustituir el “colectiva” de Durkheim por “social” (...). Al reconocer que las representaciones son al mismo tiempo generadas y adquiridas, le quitamos ese lado preestablecido, estático que ellas tenían en la visión clásica. Lo que cuenta no son los substratos sino las interacciones. De allí la observación enteramente exacta acerca de que lo que permite calificar de sociales las representaciones, es menos sus soportes individuales o grupales que el hecho de que ellas sean elaboradas en el curso del proceso de intercambios y de interacciones” (Moscovici, citado por Araya, 2002: 22).

De forma similar, pero profundizando en la explicación del concepto, Robert Farr (1984) hace énfasis en la función de las representaciones de categorizar la realidad para volverla inteligible: para una definición de las representaciones sociales, Farr anota que estas se constituyen en “Sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios. No representan simplemente “opiniones acerca de”, “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino

“teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad”

- En suma, las definiciones anteriores destacan la pertinencia de las representaciones, en cuanto al papel que éstas cumplen en lo relativo a sus posibilidades para generar unos grados de inteligibilidad de los hechos cotidianos, lo cual se va constituyendo en un cuerpo de conocimientos a partir de experiencias, y sistemas de pensamiento producidos y reproducidos al interior del sistema social. Se trata entonces de modalidades de elaboración colectiva, que intenta comprender y atribuir *sentido* a ideas, comportamientos y hechos de los distintos grupos sociales, en la medida que ayudan a configurarlos, además de producir efectos sobre determinadas prácticas sociales. Es precisamente un entendimiento en este sentido, lo que permite, en términos del análisis sociocultural, una articulación entre representaciones y prácticas.

En una dinámica y circulación de las representaciones sociales, y de acuerdo con la teoría de Serge Moscovici, éstas responden a tres necesidades básicas, a saber: primero, lo referido a la causalidad o comprensión de los hechos; seguido por la justificación de acciones y prácticas; y finalmente, está la diferenciación social de los distintos grupos frente a otros. “así, pasamos de la disparidad a la “traducción” de posiciones frente a un objeto significativo en términos sociales y recuperado de un contexto dinámico, cambiante y conflictivo”⁶.

Por tanto, en lo relativo a la comprensión de los hechos, se acude a las creencias en tanto elemento constitutivo de la representación, las cuales conjugan toda una serie de conocimientos y valores que, desde el punto de vista del saber popular, obedecen no tanto a la aplicación de criterios de verdad sino más bien a aquellos relacionados con valores como la eficacia, justicia, belleza, etc.; por su parte, cuando se habla de las acciones y prácticas, interviene el llamado sentido común, entendido “un cuerpo de conocimientos basado en tradiciones socializadas y enriquecido por miles de observaciones y de experiencias

⁶ *Ibid. Op. cit.* pp. 9.

sancionadas por la práctica [...] con un carácter de evidencia irrefutable, de consenso en relación con lo que todo en mundo conoce” (Torres López, 1999: 4). Asimismo, la necesidad de la diferenciación social procede básicamente del papel del sujeto y su grupo, en tanto que estos se convierten en productores de conocimientos, y en cierta medida en sujetos de transformación, capaces de influir y no sólo reproducir estructuras sociales y significados.

Esto, a su vez se enmarca en las dimensiones señaladas por la teoría en mención como el “campo de la representación” y “la actitud”: el primero, concerniente al modelo social en que se encuentran inmersas, es decir, alude al contenidos concretos y/o aspectos específicos del objeto de la representación; respecto a la “actitud”⁷ se concibe en términos de aquellos aspectos negativos y positivos del objeto de representación social. Ahora bien, cómo esto deviene en representación colectiva aparecen las nociones de *objetivación* y *anclaje*, en tanto la estructuración de un modelo conceptual, que brinde unos niveles de operatividad:

“El análisis de la objetivación apunta hacia la realización del objeto de representación en sus nexos con valores, ideología y parámetros de la realidad social. [...] Al insertarse el esquema objetivado dentro de una red de significaciones, la representación social adquiere una funcionalidad reguladora de la interacción grupal, una relación global con los demás conocimientos del universo simbólico popular. Las figuras del núcleo de la representación son teñidas de significados que permiten utilizar a la representación como un sistema interpretativo que guía la conducta colectiva.

[...] el anclaje genera conclusiones rápidas sobre la conformidad y la desviación de la nueva información con respecto al modelo existente y proporciona marco ideológicamente constituido para integrar la representación y sus funciones” (Araya, 2002: 12).

En consecuencia, los conceptos de objetivación y anclaje propuestos por Moscovici, se pueden entender como las unidades que definen la constitución y funcionamiento de la representación. Además de la señalada función reguladora, la objetivación adquiere relevancia por su papel en la formación y estructuración de la representación: permitiendo

⁷ “Una de las principales diferencias entre el concepto de actitud y el concepto de representación social estriba en que la actitud se sitúa exclusivamente en el polo de las respuestas. El concepto de actitud implica la existencia de un estímulo “ya constituido” hacia el cual se reacciona según el tipo de disposición interna que se haya construido hacia él. Por el contrario, la representación social se sitúa en ambos polos o, mejor dicho, entrelaza la respuesta y el estímulo de forma indisoluble” (Araya, 2002: 45).

así su inserción en la dinámica social a partir del proceso de anclaje. Anclaje que puede ser entendido como el proceso que posibilita llevar los significados al plano de las prácticas y situaciones propias de la vida cotidiana. Sin embargo, es necesario el cumplimiento de ciertas condiciones que permitan la formación y funcionalidad de la representación, y éstas radican en el seguimiento de unos criterios básicos y que tiene que ver con la información disponible en términos colectivos (criterio de cuantificación); que dicha información del objeto de representación sea suficiente, sujeta a selección y sanción colectiva (criterio de producción); por último, está el criterio de funcionalidad, referido a la posición adoptada por el sujeto y su grupo en relación a la información y al objeto (Palmonari 1998, citado en Torres López, 1999: 5).

2.2. La representación social en el proceso de salud-enfermedad y atención

Una de las primeras reacciones de la persona y sus familiares afectadas por un padecimiento mental es recurrir a una serie de ideas, creencias y significaciones manejadas dentro su sistema social, en aras de comprender, responder y tratar de contrarrestar dichos padecimientos. De ahí que el proceso de salud-enfermedad y atención médica se convierta en uno de los procesos más significativos de producción colectiva, en relación a la formación de representaciones en torno a la enfermedad mental. De hecho, en las fases de umbral de enfermedad y toma de decisiones -caracterizadas por las primeras manifestaciones y un estado de malestar general-, se acude a una serie de creencias constituidas alrededor de unos valores morales y sociales: por ejemplo, en los sectores populares es factible que se relacionen las manifestaciones físicas y psicológicas con factores socioculturales como dificultades laborales, problemas interpersonales, o ser sujeto de maleficios o brujería.

De ahí que esta investigación preste especial atención al sistema de creencias y representación social de la locura en la ciudad de Santa Marta, como forma de

aproximación y comprensión de las conductas y comportamientos, frente al proceso terapéutico a nivel local, y provenientes de los sectores populares de la ciudad.

“el contexto social es fundamental, ya que éste determina en gran medida, el tipo de materiales sobre los cuales se constituyen los contenidos de la representación. La mayor parte de ellos proviene del fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de la historia, que circula en toda sociedad en forma de creencias ampliamente compartidas, de valores considerados como básicos, de referencias históricas y culturales que integran la memoria colectiva, así como la identidad de la propia sociedad (Ibáñez 1994, citado en Torres López, 1999: 2)

Ya hemos anotado aquí que los modos de percibir y explicar los padecimientos en la relación médico-paciente no necesariamente coinciden. Es posible que a partir de su experiencia subjetiva, el enfermo intente explicar y dar sentido a sus padecimientos mentales, ya que estos van a incidir de manera significativa en el desempeño de sus funciones emocionales y sociales: es justamente en la confrontación discursiva -médico-paciente-donde se hacen evidente los criterios de producción de la representación, es decir a través de las acciones y prácticas sociales frente al episodio mórbido. Desde el punto de vista del enfermo y sus familiares, la toma de decisiones en relación a la trayectoria terapéutica van estar mediadas indefectiblemente por las nociones de salud y de enfermedad mental, lo cual nos remite al contenido mismo de las representaciones, y cuyas fuentes pueden incorporar experiencias anteriores, ya sea en el mismo círculo familiar o a nivel comunitario; así como información obtenida a partir de contactos institucionales previos, ya sea con agentes de la medicina oficial o de carácter popular.

En suma, diversos autores (Menéndez, 1998; Uribe, 1999; Torres, 1999) coinciden en considerar fenómenos relacionados a la hora de abordar la enfermedad mental, y son los referidos a la patología, el padecimiento consecuente, y la enfermedad que los engloba. observamos entonces cómo a partir de estas tres dimensiones se colocan en situación aquellos aspectos referidos tanto lo biológico en cuanto a la definición de unas determinadas patologías; elementos de carácter subjetivos propios del padecimiento, y que tienen que ver con la forma que se percibe y valora sus manifestaciones; y lo referido a un contexto social y cultural específicos donde el individuo, su grupo de pertenencia y la

enfermedad misma se hallan insertos, lo que implica a la vez implica la categorización de ciertas actitudes y comportamientos considerados como anormales, y donde el sujeto enfermo adquiere nuevas connotaciones y roles frente a su grupo social.

2.3. Ideas, creencias y significaciones de la locura en Santa Marta

Lo siguiente es la exposición de una serie de percepciones y descripciones de la noción de enfermedad mental, y que busca dar cuenta de la manera en que las representaciones inciden notoriamente en la toma de decisiones respecto a las trayectorias terapéuticas, y al proceso de salud-enfermedad y atención en general. De igual forma, muestra cómo se perciben los distintos agentes y sistemas médicos a los cuales se acude, las expectativas que se generan frente a unas prácticas médicas, y las posibilidades de curación que de ellas se esperan.

Así, desde las propias personas y sus testimonios se describen síntomas, se establecen y explican posibles causas, que pueden ir desde afectaciones orgánicas que tienen efectos en el equilibrio mental; por un susto recibido en algún momento desafortunado, hasta males adquiridos por la acciones de brujería o de espíritus maléficos capaces de perturbar la mente y el cuerpo. Además, los problemas relacionados con relaciones interpersonales, envidias, o pérdidas de vínculos sociales también ocupan un lugar destacado en las causalidades de un trastorno mental o un estado de locura. La información aquí consignada tiene como base etnográfica entrevistas abiertas y conversaciones informales, además de los soportes teóricos que he considerado conveniente y oportuno según los tópicos señalados en cada uno de los relatos. A propósito de las opiniones y testimonios, así como del lenguaje empleado, se han mantenido con la fidelidad posible a su contexto original.

Una indagación en este sentido – es decir, en la construcción social de la enfermedad mental- en la ciudad de Santa Marta nos arroja toda una gama múltiple y variada de las percepciones y concepciones de la locura, donde con la participación de los distintos

actores significativos en el proceso de salud-enfermedad y atención, tales como enfermos, familiares, personal asistencial, médicos facultativos y curanderos, se evidenciaron las distintas nociones y sus relaciones con los agentes y e instituciones terapéuticas: así, fue posible notar cómo, al tratar de definir la locura, se acude a una suerte de entrecruzamientos entre el discurso biomédico y creencias populares, generando un rico diálogo, pero a la vez dando cuenta de la complejidad del fenómeno. En este sentido, se han identificado aquellas creencias y representaciones que guían las nociones de salud-enfermedad mental en la ciudad de Santa Marta, estableciendo los principales ejes causales atribuidos por los sectores populares a las manifestaciones de una perturbación mental⁸.

“Para mi son esas personas (los” locos”) que se dedican a criar nervios y no piensan que por los nervios pueden hacer un peligro, o peligran en algo. Por lo menos, yo le decía a mi hijo: ¿qué, vas a cogé carretera, eso es lo que tu quieres?⁹ Es lo único que no queremos nosotros, que se nos vaya a echa a perdé, que se vuelva loco”.

“A él lo atacan los nervios por pura sugestión. Eso lo vivió en el ejército, pero hemos buscado la manera de que lo vea un “curioso” (curandero), que dicen que lo curan.

“Bueno, yo estoy de acuerdo con lo que me dijo el médico, que eso era una vena que lo estaba atosigando con esa enfermedad mental”

(Amulfo, setenta y siete años; pescador. Padre de adulto con padecimiento mental)

Una de las constantes en este tipo de representaciones populares, tiene que ver con la alusión a “los nervios” como una de las principales causales de un desajuste emocional o mental. Indicando probablemente una suerte de apropiación del discurso biomédico, en términos de un determinado funcionamiento del sistema nervioso central, o de un manejo inadecuado de las emociones (“criar nervios”), lo que la vez puede ser resignificado en el ámbito doméstico, e incluso en el sistema médico popular en general, como una forma de explicitar estas concepciones de la enfermedad.

⁸ “la aproximación metodológica centrada en los actores constituye uno de los rasgos diferenciales del enfoque antropológico respecto al biomédico, además de la acuñación de los conceptos de padecimiento y patología expresan, y en parte sintetizan, el peso de esta aproximación en el estudio antropológico del proceso salud, enfermedad y atención, la cual pretende dar la palabra a los sujetos sociales y supone que dar esa voz no implica sólo escucharlos, sino asumir que es correcta y verdadera” (Menéndez, 1987 citado por Torres López, 1999: 2).

⁹ En este contexto, la expresión popular “coger carretera” equivale a decir que se está volviendo loco.

Lo importante aquí es notar cómo de una primera referencia al ámbito del discurso biológico bajo el dualismo mente-cuerpo, las explicaciones del cambio comportamental de la persona afectada, así como de sus familiares se van alejando del componente biomédico, para incluir otros elementos que ayuden a clarificar y aprehender el cuadro sintomático de enfermedad: “*pura sugestión*”, “*eso lo vivió en el ejército*”¹⁰, así como la búsqueda del curandero en tanto solución terapéutica. Esto nos remite entonces a unos contextos específicos, consecuente con la explicación otorgada a los síntomas: en la instancia de manifestaciones tempranas, las representaciones populares podrían estar asumiendo “la pura sugestión” como algo más allá de lo considerado estrictamente médico. Por tal razón resulta más apropiado buscar *la manera de que lo vea un “curioso” (curandero), que dicen que lo curan.*

De acuerdo a lo anterior, Urrea y Giraldo (1992) en su estudio sobre el síndrome de los nervios en los sectores populares de la ciudad Cali (Colombia), citando a su vez a Boltanski alude a las capacidades del curandero para proporcionar explicaciones e interpretaciones de la enfermedad acordes con las representaciones populares, y donde confluyen percepciones, contextos y significados compartidos: lo cual se ve reflejado en la relación planteada entre curador-paciente; en otras palabras, un agente terapéutico como el curandero puede llegar a contemplar unos “estados sugestivos” como causales de malestar, aunque tomando en cuenta de manera aunada los órdenes orgánicos, psíquicos y espirituales en su valoración experta:

“son casos muy jodidos. Pero mira esos mentales se les cura con rezos porque muchas veces son cosas supuestas internas [...] cuando hay un caso de estos, primero que todo yo pregunto qué está pasando. Porque a veces es pura sugestión; eso tiene que ver mucho con las energías negativas, porque en estos casos (brujería, mentales) yo nunca digo que estas no tiene cura: si no puedo yo, podrá otro porque las energías son muy diferentes”.

(José Gregorio Toscano. Yerbatero-curandero. Mercado público de Santa Marta).

¹⁰ Referido al caso de Ignacio, que presenta periódicamente “crisis nerviosas” al decir de su padre. Éste y los otros testimonios citados en este aparte, son ampliamente reseñados en el capítulo correspondiente a narrativas de enfermedad. Cabe anotar que a lo largo de esta investigación los nombres de los enfermos y sus familiares han sido cambiados, respetando así la debida intimidad de las personas que aquí han participado.

Ya sea a partir de una experiencia traumática, sea como respuesta a conflictos en el entorno familiar, laboral o social, enfermar de “los nervios” activa de inmediato unas determinadas concepciones de salud-enfermedad mental, en estrecha relación con contenidos físicos y de comportamiento: “el verdadero criterio de enfermedad no es su contenido corporal sino su transposición en el plano de los comportamientos, en dos sentidos: como una reducción a la inactividad y como búsqueda terapéutica” (Viveros, 1993: 251). De hecho, cruzar el umbral de enfermedad significa pasar de toda una serie de autocuidados y cuidados domésticos a “poner el problema” en manos de la competencia médica, sea representada en la consulta psiquiátrica o en el saber de un curandero conocido o recomendado por allegados al grupo familiar o comunitario. De igual forma, esto se traduce en la demarcación clara de los límites en las nociones de sano o enfermo.

En términos generales, y en el marco de las representaciones, en la ciudad de Santa Marta estar mal de “los nervios” está vinculado principalmente a tensiones y conflictos de la vida cotidiana, asignándole en gran medida causalidades de tipo social y cultural en su concepción, implicando un “proceso de manifestación en los cuerpos de los sujetos individuales, de las relaciones inter-subjetivas. Relaciones que estarían mediadas por estructuras de distribución desiguales de status y roles en las unidades micro de las familias, el vecindario, el barrio, las redes de amistad y de apoyo, los espacios laborales” (Urrea y Zapata, 1992: 227).

“Es como una persona (el paciente mental) que ha vivido cierta parte de su vida con problemas, y debido a eso ha llegado a un centro psiquiátrico: problemas familiares, de trabajo, stress que tenga, o las condiciones en que viva esa persona hacen que se desespere y se vuelva loco. Algunas veces llegan por la familia o por gente que los ve muy inquietos. A mi juicio, yo siempre he dicho que no es una enfermedad; comienza con problemas, o sea, ya al terminar es una enfermedad. Pero desde un principio yo siempre pienso que son problemas familiares que tienen las personas, y que ya se va haciendo poco a poco una enfermedad que los lleva a que ellos, o los familiares tengan que llevarlos a ese lugar”(Hospital).

(Adriana Mancipe. Enfermera)

Otro de los aspectos relevantes tiene que ver con la atribución de un carácter de agresividad y/o peligrosidad al sujeto “fuera de sí”. Según esta percepción, la persona afectada en su salud mental no sólo puede causarse daño a si mismo, sino de igual forma a otros: cabe anotar que esto deviene en una de las principales argumentaciones para el internamiento psiquiátrico involuntario, y sus implicaciones en el control social de la población. Por otra parte, el alejamiento de ciertas normatividades, especialmente con aquellas referidas al comportamiento, por ejemplo en expresiones como “echarse a perder” pone en situación toda una serie de condicionamientos éticos morales al sujeto que padece, los cuales se anteponen a un miramiento de las primeras manifestaciones de la enfermedad.

“La idea que yo tengo es que la última resolución que tomé es hospitalizarlo allá (pabellón psiquiátrico de la ciudad) porque me he dado cuenta que esos médicos es con un tratamiento que le hacen a todos los pacientes. Allá han llevado pacientes peligrosos que te digo, y ya los tienen a medias”.

(Arnulfo).

“con los psiquiátricos es más difícil, de pronto porque se muestran agresivos. Sin embargo, con otro tipo de pacientes también son agresivos. De pronto por verse en la situación en que están, por su enfermedad, se ven desesperados; entonces yo pienso que en cierta parte son agresivos por eso. Pero es como más fácil lidiar con otro tipo de pacientes y no con psiquiátricos”.

(Adriana. Enfermera.)

Desde el punto de vista de discurso psiquiátrico, lo que prima en las nociones de la locura manejadas por los sectores populares es una serie de “imprecisiones” al momento de establecer las definiciones, motivaciones y los límites de la experiencia, sobre todo en lo relativo a la competencia médica psiquiátrica y sus rangos de acción y tratamiento de las llamadas enfermedades mentales, y lo cual se encuentra sumamente condicionado por las ideas y creencias populares:

“la concepción general sigue siendo tenerlos como peligrosos, incluso al mismo psiquiatra todavía la mayoría piensa que éste es solo para locos. El resto de trastornos piensan que se resuelven no sé cómo; pero únicamente identifican al psiquiatra con la locura, eso sigue muy vigente. [...] La persona que está en un estado de esos se pone agresiva es porque la atacan: empezando por la familia, él está hablando de su mundo, está viviendo cosas y entonces comienzan a decirle que está loco, y lógicamente llega un momento que ellos se molestan porque insisten e insisten y ya empieza la agresividad como una forma de respuesta”.

“Bueno lo que llaman “locos” nosotros los llamamos sicóticos, una psicosis. En este caso no es la palabra que utiliza la gente cuando hable de psicosis; lo que la gente menciona como psicosis lo tenemos como obsesión. Para nosotros psicosis es la locura”.¹¹

(Estanislao Carpio. Psiquiatra)

la consideración de respuestas agresivas, de algún modo justificadas en el discurso psiquiátrico citado, debidas a cierto tipo de presión social implica colocarse en la posición de la persona afectada y tratar de desentrañar sus motivaciones: por ejemplo, tenemos el caso de Robinson, al referirse a su condición agresiva declara que “sentía que siempre me miraban; que siempre intentaban hacerme daño, que querían matarme y establecía mecanismo de defensa: obviamente violentos, y conducta violenta heterodirigida y a veces autodirigida”. Bajo la lógica del internamiento, tales conductas resultan harto perturbadoras, por lo que usualmente terminan en una “inmovilización preventiva” acompañada del proceso de medicalización correspondiente.

Ahora bien, lejos de pretender una suerte de psicologismo y reduciendo todo de tipo reacciones consideradas patologizadas (como violencia, agresión, etc) como respuestas a un orden social establecido, se busca más bien unos ciertos niveles comprensivos que abarquen, de alguna manera, los distintos puntos de vista en tanto visión de mundo, con acciones y prácticas en el marco del proceso de salud-enfermedad mental y atención. sobre este particular, una autora como Mara Viveros (1993: 253) en su texto acerca de los discursos sobre la enfermedad y su significado social en la población de Villeta (Cundinamarca), prefiere abordarlo desde el campo específico de las causalidades sociales. Al respecto anota que “frente a este orden social (los individuos) se sienten pasivos y obligados a soportar una forma de vida impuesta y patógena. Los individuos se refieren a una causa situada por fuera de ellos mismos y de la cual no se sienten responsables. La transferencia de esta responsabilidad sobre la sociedad no es solamente una forma de disculparse sino también de acusar, de cuestionar el orden social”.

¹¹ “La doctrina psiquiátrica de nuestros días define las perturbaciones mentales como algo que puede tener raíces en los primeros años de vida del paciente, dar señales de existencia a lo largo de toda su vida, e invadir casi todos los sectores de su vida cotidiana. Por lo tanto no hay en la vida pasada ni presente del paciente mental un solo segmento que se sustraiga a la autoridad ni a la jurisdicción del dictamen psiquiátrico” (Goffman, 1982: 159).

En este orden, cabe resaltar como hecho significativo en una configuración de la objetivación y anclaje de las representaciones sociales en torno a la locura, la eventualidad del internamiento psiquiátrico. Llegar a determinadas alteraciones de la conducta habitual no sólo tiene efectos en dichas representaciones sino también en una posible búsqueda de soluciones terapéuticas que, en el contexto del sistema médico oficial, el internamiento se erige como el correctivo por antonomasia: por ejemplo, con las primeras manifestaciones en el caso antes citado de Ignacio, su padre le sentenciaba que “va toca hospitalízate, pa’ que te curen, porque esto no da más, te estas poniendo que no quieres oírle a uno lo que te dice”. Según las declaraciones de su padre “la hospitalización puede ser una solución porque ahí lo están tratando diariamente, está bajo droga”. De hecho, en las observaciones y declaraciones respecto a situaciones de este tipo, es decir aquellas consideradas aquí como fases de umbral, por lo general se hizo se hace énfasis en dos aspectos: en primer lugar se alude a las virtudes de la hospitalización en tanto solución y control de crisis; en segundo lugar, el tratamiento médico relacionado con la esperanza de curación tiene un efecto considerable en la legitimidad y validación el discurso psiquiátrico, al menos en las fases tempranas de la trayectoria terapéutica.

En este sentido, la relación tripartita establecida entre una conducta “irracional” asignada al loco, la cual puede desencadenar en comportamientos agresivos susceptibles de medidas de control social, como es el caso del internamiento tiene una arraigada presencia en el imaginario colectivo al referirse al fenómeno de la locura, y ocupando un amplio rango al interior de la sociedad samaria. Evidentemente, los estados alterados del sujeto, en el umbral de una trayectoria terapéutica, ocupan un lugar destacado en las representaciones de la locura: en este punto, la idea generalizada del “individuo peligroso”, parafraseando a Foucault, puede estar íntimamente ligada a la representación occidental del loco en tanto personaje marginal, signado por la “irracionalidad de sus actos”, callejero y excluido por antonomasia; además de las implicaciones que esto tiene en el cambio de rol consecuente:

“En esta perspectiva, la concepción psiquiátrica de una persona solo cobra significación en cuanto altera su destino social; y en nuestra sociedad esa alteración parece hacerse significativa solo cuando una persona es sometida al proceso de hospitalización. Al respecto, Elaine y John Cumming introducen que la experiencia clínica confirma la impresión de que mucha gente define la enfermedad mental como la “condición por la que una persona recibe tratamiento en un hospital mental”. (Goffman, 1982: 134).

Esto a su vez tiene un impacto en las nociones de salud y de enfermedad, en la medida que “la enfermedad es descrita como el acontecimiento infeliz por excelencia” (Viveros, 1993: 250); trastocando prácticamente todos los aspectos de la vida cotidiana de la persona afectada y sus familiares: es en esta instancia donde se activan distintas dimensiones inherentes al proceso terapéutico, entrando en juego componentes orgánicos, psicológicos y psicoafectivos, siempre que más allá de contrarrestar el padecimiento se requieren explicaciones, respuestas y tratamientos que ayuden a restablecer la salud en tanto estado ideal del cuerpo y de la mente; idealización que implica, sobre todo unas valoraciones éticas. Estado ideal que entra a su punto de quiebre, como hemos visto, bajo la categoría de “paciente” en medio de su recorrido terapéutico; en el caso de acceder al sistema médico oficial, su ingreso a la fase de valoración y/o hospitalización es lo que determina justamente su nueva condición de sujeto psiquiatrizado.

Entonces, en términos de relaciones establecidas entre las representaciones populares de la locura y las prácticas terapéuticas relacionadas con un proceso de hospitalización, es frecuente observar en aquellos casos que acceden al sistema oficial, en calidad de urgencias producto de una crisis nerviosa, cómo el modelo explicativo propio de la psiquiatría se configura en alternativa terapéutica: ésta adquiere especial relevancia, sobre todo en lo denominado por el lenguaje médico psiquiátrico como “estabilización de crisis”. En efecto, esto es altamente valorado en cuanto a la solución del padecimiento, así sea de manera transitoria. Consideremos lo anterior, de acuerdo a unas nociones de salud y enfermedad mental: Marisol es una mujer trigueña de cuarenta y dos años. Ella es trabajadora social, actividad que venía realizando satisfactoriamente hasta que tuvo una recaída, al parecer, a

causa de la muerte de su madre tres meses atrás. Ha llegado nuevamente al Troconis¹² con una crisis nerviosa acompañada de dos de sus hermanas menores. Una de ellas se esfuerza en relatar y desentrañar la experiencia de su hermana:

“lo que ha fregado a Marisol es su actitud agresiva con nosotras, además yo tengo un niño de tres años y los niños están primero (aduciendo que podía hacerlo daño al menor). Yo creo que como ella no quería tomarse la droga allá en la casa por eso es que pasa esto. Pero ahora aquí, ella se va a dar cuenta y se va a tomar la medicina; ella sale rápido porque esto no le gusta, ella no es boba, es inteligente, allá a dentro lo estaba diciendo que ella es inteligente; por eso yo sé que Marisol sale rápido de aquí.”

En realidad, la salida no es tan rápida. Una vez instalada y focalizada la enfermedad en el nuevo cuerpo psiquiatrizado, se activan los dispositivos terapéuticos que conducen a una vertiginosa caída hacia la hospitalización. A la pregunta de cómo la veía ahora que estaba recluida, una de las hermanas responde: “Esto es deprimente, pero yo la veo muy mal, aunque la enfermera le habla duro y ella entiende, además aquí se tiene que tomar la medicina”.

Así, se introducen de inmediato unas categorías que van a estar presentes en todo el recorrido del nuevo paciente al interior del sistema médico oficial, y que operan al nivel del proceso de construcción social y cultural de la enfermedad mental, como el internamiento mismo en tanto paradigma clínico; la validación de un determinado saber médico-psiquiátrico legitimado oficial e institucional; así como la atribución de significados ligados a la intervención del cuerpo como fuente y base de la enfermedad, en el contexto de ciertos comportamientos, padecimientos y prácticas. prácticas *efectivas* en la medida que intervienen factores como la expectativa de curación y control de la enfermedad: por ejemplo, expresiones como “la enfermera le habla duro”, “aquí se tiene que tomar la medicina” que pueden ser a primera vista trivializadas, en el fondo poseen un carácter abiertamente disciplinario, que pueden dar cuenta de tales expectativas; y por otra parte genera un empoderamiento del sistema clínico en el tratamiento del cuerpo y de la enfermedad.

¹² El “Troconis” se refiere en realidad al Centro de rehabilitación y diagnóstico Fernando Troconis (en adelante CRFT), en cuyas instalaciones se encuentra el único pabellón psiquiátrico de carácter público de la ciudad de Santa Marta.

De esta manera, se abren las posibilidades de activar los mecanismos para integrar al paciente a los dispositivos terapéuticos del hospital. Es decir, se trata de una inscripción institucional que trae consigo las clasificaciones respectivas, de acuerdo a unas manifestaciones tipificadas en el cuerpo enfermo, y lo que a su vez determina su disposición al interior del sistema clínico.

Ahora bien, es necesario aclarar que, en todo caso y sea cual fuere el eje causal atribuido, el tránsito que va de las primeras manifestaciones a la toma de decisiones o búsqueda de soluciones terapéuticas no se da de una manera resulta y pronta: dicho paso está condicionado y mediado por toda una serie de elementos y fases previas, de tiempos relativos según el caso específico: esto comprende una suerte de incertidumbre y perplejidad inicial frente a los cambios de hábitos y comportamientos, y donde surgen las nociones de salud y enfermedad mental. Intervienen también prácticas curativas domésticas que, por lo general provienen de una tradición familiar-comunitaria, como baños de hierbas, sahumeros, sobos en el cuerpo y la cabeza, etc.

“Nosotros nos reunimos y nos cayó aquello con admiración en la forma en que se enfermó él, y los disparates que decía porque no era normal de él. Entonces nosotros pensábamos que se estaba volviendo loco, porque era un nerviosismo que le cayó; pero el nerviosismo se le daba era por decir que lo perseguían, que lo iban a matar. Además ya tenía tiempo de haber salido del ejército...”

“no papá es que yo no soy loco: lo que pasa es que me siento enfermo”

(Amulfo).

“Ellos piensan que estoy loco porque me han creído una persona muy ignorante. Siempre me han subestimado, considerado poca cosa, y con el conocimiento de mi mismo me he vuelto una persona egocéntrica, narciso y muy hurafío. A veces muy taciturno, cuando tengo tanto que decir: callo tanto, sin embargo, hablo mucho pero soy prudente, soy sapiente en ese sentido”.

“Yo nunca duermo. Soy una persona que tengo insomnio, pero un insomnio severo. Entonces utilizaba THC (Tetrahidacannabinona) para controlarme durante toda mi vida, desde los doce o trece años; eso en cierta medida me hizo una persona con un síndrome afectivo bipolar...”.

(Robinson. joven psiquiatrizado, diagnosticado según el DSM-IV).

Por otra parte, surgen consideraciones de un orden distinto en cuanto a los ejes causales de enfermedad mental, y que a su vez denotan unos niveles explicativos y de comprensión del fenómeno por parte de los sectores populares de la ciudad. Este orden es el referido a aquellas causas atribuidas a experiencias metafísicas o místicas, de corte espiritistas y situadas más allá de “lo orgánico”, es decir las que presentan un marcado carácter de *exterioridad*, donde “sus síntomas no son disminuidos por los tratamientos médicos; los que suscitan comportamientos anormales; se establecen a partir de un razonamiento empírico específico a cada caso. Las causas sobrenaturales pueden ser desde malos espíritus, castigo divino hasta brujería.

En este sentido, las manifestaciones tempranas que son asumidas por el grupo familiar comunitario como expresión de una posesión por espíritus, maleficios o “males echados”, revelaciones místico-religiosas u otorgamiento divinos configuran todo un corpus de saberes, significados y prácticas sumamente complejos y de alto poder simbólico, donde confluyen aquellos determinantes relacionados con la noción de cuerpo, elementos religiosos, brujería, espiritistas y de mediumnidad, todos ellos de profundo corte subjetivo y de acuerdo con el contexto sociocultural donde surgen. Estos poseen unos altísimos grados de validación y legitimidad considerables, conferido por las clases populares y convirtiéndose en una de las más importantes estrategias de lo popular en su interpretación y comprensión del proceso salud-enfermedad mental, y donde nuevamente las representaciones sociales juegan un papel fundamental en la búsqueda de *sentido* frente a las distintas expresiones del fenómeno de la locura.

En la materialización de lo maligno, cuyo principal objetivo es minar el cuerpo de la persona a la cual se le está “echando el mal”, para luego influir en su vida emocional y espiritual, con graves consecuencias en la salud mental del individuo objeto del maleficio:

“muchas veces son enviados (los espíritus). De pronto tuviste algún problema con alguna persona , y esa persona tiene unos sentimientos malignos, pero ellos en realidad no saben el daño que pueden causar al mandarte un espíritu de esos malignos. Llegan y buscan a una persona que se dedique a eso, que le guste la maldad y le mandan a hacer un trabajo. Lo primero que te preguntan es “qué quieres

que le haga”. La gente dice entonces que quiere que haga un trabajo para verlo destruido, enfermo o muerto, y el maligno por ganarse el dinero lo hace sin pensar que daño se puede producir en el cuerpo de esa persona”.

(Reyes Rodríguez. Mujer mediún de unos cuarenta años, oriunda de Santa Marta).

“O sea, los persigue la envidia de esa persona a la que le van a hacer mal. Eso es lo que me imagino. La pueden volver loca o matarla. Eso se ve aquí en Santa Marta, porque me he dado cuenta de casos, en Gaira también. Por ejemplo hace poco vi una familia con un hijo malo y resulta y pasa que le habían echado un mal”.

(Nicolás. Hombre de unos cuarenta y cinco años. Vendedor de pescado)

Una vez que se sospecha que “el mal” (brujería, espíritus) ha quedado inscrito en el cuerpo, el fenómeno o los problemas de salud presentados toman un viraje hacia la esfera de lo místico-religioso en tanto explicación e interpretación sintomática: aquí resulta decisivo casos referenciales o experiencias anteriores en el contexto familiar y/o en la comunidad, así como el saber y práctica curanderiles, ya que éste es poseedor de un modelo explicativo capaz de desentrañar el estado morbosos del paciente, además de señalar las claves de sanación pertinentes.

En el relato anterior de Reyes Rodríguez, curandera de larga trayectoria en la ciudad es posible establecer distintos niveles de análisis a partir de su concepción del fenómeno: por un lado, aparece la lucha simbólica entre el bien y el mal, y el poder que ostentan cada uno de sus agentes correspondientes: no obstante Reyes deja claro que es ella, en definitiva, quien ostenta la gracia, “el don” para contrarrestar los embates y acciones malignas. Otro elemento importante es la categoría de *envidia* o *problemas interpersonales*, lo que a juicio de la curandera puede ocasionar represalias, materializadas en “trabajos maléficos” hasta configurarse en causales de trastornos físicos y mentales, introduciendo así factores de tipos sociales y culturales en la percepción y explicación del padecimiento.

“sin que pueda decirse que las enfermedades socioculturales en todas las situaciones formen parte del síndrome de las enfermedades nerviosas – en la medida que constituyen de por sí conjuntos sindromáticos, por ejemplo los del *mal de ojo*, *susto* y maleficio – si tienden a presentarse asociaciones, desde una lectura de lo popular, entre estas patologías. Al igual de las enfermedades nerviosas, son asumidas como manifestaciones codificadas a nivel corporal de vivencias no deseadas en los espacios cotidianos, intrafamiliares, de vecindad, laborales, de redes de apoyo, de amantes, sobre todo por el orden de significación etiológica que le da la población a estas enfermedades alrededor de signos y síntomas orgánicos y no orgánicos” (Urrea y Zapata, 1992: 222).

Tenemos entonces que en este tipo de concepciones, de cortes metafísico o sobrenatural, voy a resaltar dos cuadros explicativos que se presentan de forma más o menos constante en las narrativas y trayectorias de enfermedad en los relatos recopilados: el primero de ellos, trata de aquellos descritos como la *intrusión* de un agente externo, ajeno a la persona y que generalmente se refiere a un espíritu de un muerto que, una vez instalado en el cuerpo-otro va a afectar en mayor o menor grado tanto la voluntad como las funciones orgánicas del poseído. Las señales de estas experiencias pueden variar según la intensidad y el propósito del maleficio, pero lo que se mantiene es la manera de responder a estos fenómenos una vez identificados por el curandero o curandera: ya que su procedencia es de origen maligno, pues debe ser tratado por medios similares como una suerte de “contra” capaz de anular el *ataque* y restablecer el equilibrio físico y emocional. De igual forma, parte importante en la validación del diagnóstico curanderil parece depender justamente de sus capacidades para identificar dichas señales, indicios y/o expresiones de una *incorporación* maléfica, y no confundirlos con “males supuestos” o desequilibrios orgánicos, hormonales, etc.

A propósito de estos indicios malévolos, los autores, O’Nell y Collado (1995:60) señalan la intranquilidad que se genera tanto en la persona afectada como en su grupo de pertenencia, en especial si se trata de una persona con antecedentes de salud “relativamente buena”, agravándose la situación por la indeterminación inicial de los síntomas: entonces los principales indicadores para la búsqueda de soluciones terapéuticas tiene que ver, por ejemplo, a no responder a las expectativas de tratamientos previos impuestos por un diagnóstico; abriendo así “la posibilidad de que esté padeciendo las consecuencias de un desdén inadvertido o una afrenta a un ser sobrenatural o, lo que tiene la misma gravedad, que sea víctima de la malevolencia de alguien”

“Se manifiesta a través de por ejemplo de los cambios de luna que también afectan mucho. Por ejemplo, un paciente que de pronto tiene demasiado dolores de cabeza; a veces sienten la depresión, el desespero. Porque tiene demasiados problemas y quieren salir de eso pero no encuentran la forma o qué les ocasiona eso: entonces llevarlo ante el médico, pero el médico al mandarle el tratamiento lo

que hace es enloquecerlo más, porque el problema no va por donde ellos lo están tomando sino por otras causas”

(Reyes Rodríguez).

“Mira yo hablo con fantasmas. Tengo poltergeist, paranormales. ¿cómo es esa experiencia, preguntas?... es traumática, donde hay lágrimas y sangre pero no me creen. Aquí (Hospital psiquiátrico) me dicen que la sangre que soy yo el que me la saco y que la esparzo por las paredes; es algo muy místico: más allá e lo enigmático y comprensible... esto me ha dejado huellas y cicatrices, tu miras mi cuerpo y ves huecos, rayas; cosas que yo hago como acariciando la noche del dolor. Como una canción cuando uno le canta al viento, así...”

(Robin).

En este amplio y complejo universo de cuadros explicativos ligados a lo sobrenatural, encontramos también los casos en los cuales la intervención viene dada ya no por espíritus propiamente dichos, sino más bien por un “mal echado” y cuya *corporeidad* o materialización se manifiesta a través de la presencia de sustancias, organismos o fuerzas considerables, los cuales pueden ser capaces de dominar prácticamente todos los ámbitos vitales del individuo. Por ejemplo, uno de los curanderos relata el caso de un joven que enfermo de manera inexplicable hasta morir, sin-según él- haber encontrado razón aparente ni diagnósticos acertados para su enfermedad.

Sin embargo, la explicación vino por el lado de un degeneramiento físico y mental causado por un maleficio recibido, y confirmado “cuando murió (porque) botó cantidad de piojitos: no supieron desde el principio que tenía un mal, nadie sabía; se dieron cuenta después que botó el poco de piojitos, fijate se murió sin llevarlo al curandero” (José Gregorio. Botánico-curandero). Ese saber “experto”, en el caso del curandero no sólo se aplica para la identificación de un malestar o una práctica malévola padecida por el sujeto, y observada en términos de unos indicios corporales, también requiere un conocimiento erudito en ámbitos diversos como botánica, espiritismo y brujería, si pretende afectar el orden de las validaciones terapéuticas y eficacias simbólicas, al momento de un reconocimiento efectivo de las causas del padecimiento.

Este punto resulta fundamental a la hora de una aproximación más o menos certera al llamado curanderismo urbano, ya que en los procesos de resignificación de los síntomas, su interpretación y diagnóstico, como el tratamiento consecuente, se constituyen en factores claves para la configuración de estas prácticas curativas en un modelo explicativo de la enfermedad mental, reforzando en gran medida tanto las representaciones sociales acordes con dicho modelo, como las expectativas de curación.

Otro de los casos a mencionar, y donde se describe claramente las concepciones y actitudes frente a las circunstancias morbosas de este género, se refiere a una mujer adulta que venía presentado una serie de malestares, los cuales la habían llevado a un estado de postración y desvarío tales que la inhabilitaban para el usual cumplimiento de sus tareas cotidianas. La preocupación familiar aumentaba a la par del incremento de los dolores y padecimientos, hasta que su sobrino -el que me ha narrado la experiencia- luego de averiguaciones y consultas “con mi papá, vecinos y hasta médicos te digo”, tomó la decisión de acudir a un saber experto:

“Lo que mi tía tenía era una enfermedad maligna. Resulta que ella viajaba mucho a la zona bananera con su esposo. Ella llegó donde una señora que estaba enamorada de su marido, ellos tenían sus relaciones, y en un tinto le dio lo que fue: eso le creó a mi tía una bola de pelo en el estómago, mal que le echó la vieja; entonces la llevamos.

Llegamos al Piñal y la presentamos donde el brujo: le dijo a la secretaria para pasarla a consulta, así duró como media hora chequeándola. Era un brujo de ahí del Piñal, entonces nos dijo: “su tía estaba mal. Es un mal que tiene encima pero yo se lo voy a curar. Compren esta fórmula (frente al consultorio había una farmacia), que se la voy a preparar”. Recuerdo que antes de salir nos recomendó (le dio medio vaso de lo que preparó y enseguida mi tía cambió), “apenas lleguen a Santa Marta, de esta botella le echan medio vaso más y le ponen una vacenilla, que va a caer el mal que tiene en el estómago, porque este mal no la deja comer, se la puede llevar; eso lo han hecho con el fin de que se muera. Apenas llegamos a la madrugada a Gaira seguimos las instrucciones: como a los diez minutos se fue en vómito y botó una bola de cebo con pelo, exacto como nos él nos dijo. Al día siguiente mi tía Belén estaba bien, pidiendo comida y todo...”

(Nicolás).

Ahora bien, dado que la falta de bienestar físico y mental en las personas afectadas suele ser evidente, no es extraño que se les confunda con la figura del loco, especialmente por aquellas atribuciones surgidas del imaginario popular y que corresponden a cambios en la

conducta habitual, lenguaje inapropiado, la inactividad e imposibilidad de relacionarse satisfactoriamente: es decir, los vínculos vienen dados generalmente, por el hecho de estar “fuera de sí mismo” que es, a mi modo de ver, una de los principales recursos a la hora de las explicaciones e interpretaciones populares tanto de la posesión por espíritus como de la locura. Y ese “estar fuera de sí” coincide ampliamente con cierta condición de *indeterminación* en su naturaleza y que cobija al fenómeno de la locura, como ya he señalado aquí: circunstancia que, a propósito de la consideración de marcos explicativos relacionados justamente con entidades-otras: *instalándose* y agrediendo cuerpos y almas, de alguna manera pone de manifiesto ese originario carácter inasible del loco y la locura, ligado con el desorden del lenguaje y de sus actos -siempre bajo la sombra del imperativo moral-, además de cierta vinculación con las expresiones del mal, los vicios y la perversión: “sin duda, debemos buscar la forma primitiva de la alienación, en esa posesión en la que se ha visto, desde la antigüedad, el signo mayor de la locura, la transformación del hombre en “otro” distinto: el *energoumenos* de los griegos, o el *mente captus* de los latinos es aquel quien actúa o se debate una fuerza venida de no se sabe donde. Ese mismo ‘energúmeno’ es recogido por la tradición cristiana para denunciar al demonio que lo habita y ahuyentar mediante la palabra al espíritu impuro desencadenado en él” (Foucault, 2002b: 76).

En un sentido amplio, los factores socioculturales de mayor referencia en las dimensiones de salud y enfermedad tienen que ver con condiciones de pobreza, inestabilidad laboral, así como condiciones precarias de higiene y alimentación. Sin embargo, lo que se trata de establecer aquí es la incidencia de estos y otros factores en el campo específico de la salud mental, sobre todo en lo concerniente a las dimensiones subjetivas y emocionales presentes en el proceso de salud-enfermedad y atención. Y en este contexto, subjetividad “no es exactamente aquella noción que se opone a la de objetividad, sino más bien la que nos habla de un sujeto-escenario donde se cruzan una serie de fuerza y tensiones que lo construyen como tal. La cualidad de esas tensiones y fuerzas es lo que llamamos subjetividad” (Caicedo, 2003: 171). Es decir, su relevancia aplica en los significados que se le adjudican a la locura y al hecho de padecerla, además de la vinculación de dicha

dimensión subjetiva con las prácticas sociales que, aquí estarían enmarcadas en la experiencia con la enfermedad, y las estrategias para diagnosticarla y tratarla.

En consecuencia, si vamos entonces a una delimitación del campo de salud mental encontramos la confluencia o participación de distintas disciplinas y saberes (psiquiatría, psicología, antropología, sociología); unas instancias ideológicas que lo colocan –al campo- en situación con unas condiciones político-administrativas propias del aparato institucional. Pero también al reconocimiento y legitimación de prácticas culturalmente aceptadas y establecidas. Es justamente en el contexto de los servicios de salud con sus saberes y prácticas -lo cual nos lleva indefectiblemente a la relación curador-paciente-, y en las terapéuticas implementadas a partir de variados modelos explicativos, que podemos considerar tanto el discurso psiquiátrico y al hospital como práctica institucionalizada, así como al curanderismo urbano: ambos configurándose como unidades de descripción y análisis en tanto construcción social y cultural de la enfermedad mental, y donde cabe la posibilidad de contemplar aquellos determinantes sociales y culturales, y su contenido subjetivo como constitutivos de las manifestaciones y síntomas de enfermedad.

Muestra de ello procede de los testimonios recogidos y señalados, que pueden dar cuenta de la incorporación de otras dimensiones en la enfermedad, más allá de atribuciones estrictamente biológicas, en sectores populares de la ciudad susceptibles de ser tomados en cuenta en la medida que permiten identificar ciertas representaciones y su correlato en dimensiones simbólicas estrechamente ligadas a lo mágico-religioso, espiritista y metafísico. Lo cual, a la vez puede indicar las dinámicas y estrategias populares a la hora de comprender y resolver situaciones que involucren la llamada salud mental, trasladando sus significados a esferas simbólicas de índoles religioso o sobrenatural (Pinzón y Garay, 1999. Viveros, 1993).

“Una vez cogí a una señora y la recé. Le pregunté que sentía, cuando me dijo me di cuenta que era un mal supuesto y se manifestaba era así, o sea con vómitos; total que yo le di un purgante y eso botó cantidad de parásitos hasta que se alivio. Duró como una semana bien y después me dijo: “otra vez José”; bueno yo le dije “la cura está en la iglesia ”, la llevé a una limpieza y después la mandé a la iglesia: se ponía mal, iba a la iglesia y cuando salía estaba superbien, pero como los curas de la San francisco son escépticos, y el de Manzanares iba a buscarlo pero nunca lo encontraba: porque así les

pasa a las personas que tienen algo, hay algo que nos la deja, no las ubica; siempre *algo* les impide porque no encuentran al curandero que las va a curar...”

(José Gregorio Toscano. Botánico. Curandero).

En suma, lo que he tratado de explorar a partir de ciertas ideas, experiencias y los significados atribuidos a un fenómeno como la locura en la ciudad de Santa Marta, es precisamente el contexto social y cultural en el cual surge, en tanto visión de mundo y organización de los elementos de los cuales se disponen y utilizan los sectores populares de la ciudad para explicar e interpretar los síntomas, sus percepciones y vivencias – que permiten entrever el contenido de sus representaciones- alrededor de un evento que trasciende lo individual para convertirse en expresión de un *corpus* de actitudes, conocimientos y prácticas sociales que, aunadas participan en eso que se denomina en el proceso de salud-enfermedad y atención. Como se ha visto, he tomado y citado una muestra de lo que considero representativo de las observaciones, los discursos y estrategias que pueden aportar a un desentrañamiento más o menos cercano a lo que la gente piensa, siente y vive en Santa Marta en torno a esa *naturaleza indeterminada* e inasible que es la locura, ese margen que nos causa fascinación y cierto recelo a la vez, pero es en la raíz misma de esa ambigüedad, que nos deja perplejos, donde talvez resida la fuerza de su misterio y su enigma.

3. CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS MEDICOS

3.1. Los sistemas médicos en Santa Marta y su operatividad

Para abordar el campo de la atención en salud mental, de aquellos casos susceptibles de ser considerados y diagnosticados como locura, de enfermedad mental o de “pérdida de mente” en la ciudad de Santa Marta, he privilegiado dos sistemas médicos: un sistema popular y un sistema oficial. Ambos, a partir de su implementación ideológica, técnica y terapéutica, tienen una importante incidencia en las distintas trayectorias médicas, y su impacto en las condiciones de salud de un vasto espectro de la población samaria. A su vez, es frecuente observar que gran parte de los usuarios establecen varias modalidades o rutas de acceso a dichos sistemas: es factible toparse con aquellos grupos o sectores sociales que acuden indistintamente tanto al modelo oficial como al popular; otra de las variantes viene dada por la preferencia de uno de ellos, en desdén del otro. Y se presenta también la situación de complementariedad entre los sistemas médicos existentes, en la medida que se asignan distintos niveles de efectividad, en razón de la especificidad de los “males” o padecimientos a resolver. De todas formas, las posibilidades de acceso en sus variantes mencionadas, muy a menudo se encuentran condicionadas por factores económicos, ideológicos y de tradición cultural.

Memel-Foté (1996: 1) define el sistema médico como “un conjunto propio de una cultura, que consta de cuatro elementos: las representaciones de la salud y de la enfermedad y la visión del mundo que las justifica (llegado el caso), las prácticas correspondientes (actividades sanitarias, actitudes, comportamientos), las instituciones y el personal que se ocupa de estas representaciones y de estas prácticas”. De acuerdo con esto, tenemos que cada sistema se halla inserto en un contexto sociocultural determinado, y donde intervienen tanto las dimensiones de la enfermedad, un modelo explicativo de ésta, así como tener a cargo, a través de sus agentes, el control y manejo terapéuticos (Pedersen, 1989). Tales ámbitos a la vez se subdividen en unas funciones específicas, que inciden en las diferentes



instancias del itinerario asistencial: así, el modelo explicativo se encarga de encuadrar y clasificar las manifestaciones y síntomas, acorde con su valoración significativa. Esto le permite al sistema tomar las medidas y acciones adecuadas para el consecuente tratamiento médico y, de manera global, iniciar el proceso terapéutico en tanto experiencia social y cultural de la enfermedad.

Entonces, la caracterización de los sistemas médicos –popular y oficial-, y una identificación de su operatividad viene dada justamente por la interrelación de sus elementos constitutivos: representaciones, prácticas e instituciones. Sin embargo, es preciso aclarar que estos operan en una determinada dinámica social –sea en términos de antagonismo o de complementariedad-, y donde tanto los modelos, como la interdependencia de sus componentes en las trayectorias, está siempre sujeta a la permanente reelaboración cultural, “según las experiencias de enfermedad y los sucesivos encuentros clínicos con los modelos explicativos de los médicos profesionales o de los practicantes de la medicina tradicional” (Young, 1985 citado en Pedersen, 1989: 643). En todo caso, el estudio de los sistemas médicos se plantea aquí como un recurso formal, analítico, que permite *visibilizar* las redes de interacción entre la comunidad y sus representaciones sociales de salud-enfermedad mental, con los agentes curadores y sus diversas técnicas, al interior de una dinámica transaccional.

En el plano discursivo y formal de las prácticas de salud, los sistemas médicos popular y oficial, se presentan en franca disociación, cuando no en términos antagónicos, y expresan una constante y mutua descalificación de sus métodos y procedimientos. Los principales rasgos característicos vienen dados por la diferenciación en sus respectivos campos epistemológicos: en el sistema médico oficial, la biomedicina –en este contexto, expresada en un saber y práctica psiquiátricas-, configura su modelo explicativo de la enfermedad con un enfoque claramente biologicista, es decir, privilegiando la visión de que las enfermedades son, ante todo, procesos fisiológicos implícitos que, para el caso de las enfermedades mentales, compromete principalmente al sistema cerebral y al

funcionamiento del sistema nervioso central, *aislando* los signos y padecimientos de otros factores (incidencia del medio social, o de ciertas manifestaciones y comportamientos delimitados culturalmente), que podrían estar participando en la configuración causal de la enfermedad. Otro de los aspectos diferenciales tiene que ver con el carácter de *universalidad* de la enfermedad mental asignada desde el modelo biomédico, el cual tiene como base fundamental el ya mencionado DSM-IV, cuyo propósito es definir y describir entidades patológicas de acuerdo a un cuadro clasificatorio específico, determinando distintos trastornos mentales según consideraciones nosológicas, y la medición de los grados de disfuncionalidad preestablecidos a través del diagnóstico psiquiátrico.

En lo relativo a la relación médico-paciente al interior del sistema oficial, está generalmente se presenta en situaciones de verticalidad, o sea, que en la confrontación de las dimensiones de salud y enfermedad (concepción misma de enfermedad, criterios evaluativos, tratamientos), prima el dictamen médico; si bien se espera que el paciente exponga su versión sintomática, ésta queda *traducida* y resuelta en el espacio clínico del diagnóstico y el tratamiento; a la vez, debe responder a unos niveles de eficacia técnica que, de cierta manera, justifiquen la validación y legitimación de las acciones realizadas para resolver los requerimientos del enfermo y su grupo social de pertenencia. Justamente dentro de los tratamientos psiquiátricos, propios del modelo biomédico, encontramos la psicoterapia, psicofarmacología, hospitalización e internamiento.

En suma, el modelo biomédico, en el cual se sustenta el sistema médico oficial, partiendo de unos criterios de objetividad, recalca la naturaleza científica de sus discursos y prácticas, frente a la naturaleza sociocultural de las prácticas populares en salud-enfermedad y atención: “dada su concepción ideológico-técnica, la biomedicina relega o descalifica los procesos de eficacia simbólica y no parece preocupada por el papel de los curadores populares en los procesos de integración y pertenencia cultural” (Menéndez, 1994: 79).

De otro lado, se encuentra un sistema médico popular, cuyo principal rasgo obedece a la definición, diagnóstico y tratamiento de las llamadas “enfermedades delimitadas

culturalmente” o de “filiación cultural”, y donde se contemplan –principalmente- factores sociales y culturales como eje causales de locura, o de trastorno mental. Malestares o enfermedades de tipo sociocultural se entiende aquí desde un universo clasificatorio distinto al propuesto por la medicina moderna. Por ejemplo, en este sistema clasificatorio, el susto, mal de ojo, posesión por espíritus, y males de brujería pueden formar complejos “cuadros nosológicos” susceptibles de ser diagnosticados y tratados (Pinzón, 1993; Urrea y Zapata, 1992).

Aunque en la definición de las dimensiones de enfermedad, el orden operativo es básicamente el mismo en ambos sistemas, es decir se indaga por las causas, se establecen diagnósticos, y se miden los resultados médicos, el proceso terapéutico contempla diferencias significativas.

Uno de los aspectos que distancian al sistema popular de una medicina oficial, tiene que ver con su complejo de conocimientos y prácticas curativas, procedentes de distintos universos interpretativos y que son apropiados e integrados al modelo explicativo popular (Pinzón: 1993). De hecho, en lo médico popular es factible encontrar desde elementos de una medicina tradicional indígena –especialmente en el saber y manejo de poderes curativos de hierbas y plantas-, como de una medicina moderna occidental, sobre todo en lo relativo a una apropiación de un “vocabulario técnico”, similar al utilizado por la medicina oficial; a esto se suman elementos de la religiosidad popular, que incluye toda una parafernalia provenientes de la Iglesia Católica o de cultos Afroamericanos, e incluso de tradiciones espiritistas y de mediumnidad.

Este carácter de fluidez y versatilidad está a la vez presente en sus agentes terapéuticos, donde actúan curanderos, yerbateros, médiums y espiritistas; estos plantean sus relaciones curador-paciente en términos de *familiaridad*, a través de sus pesquisas médicas caracterizadas por el diálogo informal, y altos grados de empatía, como consecuencia de una identificación en las representaciones sociales de la salud y de la enfermedad, lo cual tiene efectos importantes en la legitimación de sus prácticas terapéuticas y su eficacia

simbólica. Así, en las prácticas curanderiles es frecuente que se trate al enfermo con baños y remedios a base de plantas medicinales, acompañados de rituales mágico-religiosos, compuestos por oraciones, rezos y exorcismos que, de manera conjunta, buscan contrarrestar los “males” tanto en la esfera corporal como en la espiritual de la persona que padece.

Entonces, para la descripción, caracterización, y análisis de los sistemas médicos en la ciudad de Santa Marta, he tomado como institución representativa del sistema oficial al Centro de Rehabilitación Fernando Troconis (CRFT); Por su parte, en el sistema popular se contactaron a dos curanderos y una curandera locales, utilizando como técnicas de campo la observación directa, las entrevistas abiertas, y conversaciones más o menos informales. Además, la percepción que los mismos usuarios y sus familiares tienen de los servicios en salud.

3.2. Sistema médico oficial: la lógica institucional

Talvez una de los primeros intentos de formalizar una asistencia social en salud pública en el país, sobre todo entre aquellos sectores de la población considerados vulnerables y marginales, data de 1869 con la creación de la primera *beneficencia pública*. Creada por el Estado soberano de Cundinamarca (Hernández, 2002: 40), la cual en su misión, finalidad y estructura organizativa no distaba mucho del modelo europeo del siglo XVIII¹³. En un principio, las beneficencias en Colombia eran manejadas por juntas locales que administraban los recursos provenientes de donaciones privadas y de renta pública; las juntas mantienen el control hasta 1887, cuando pasan a manos de órdenes religiosas, en virtud del Concordato de ese mismo año, y que restablece las relaciones entre la Iglesia católica y el Estado: “las instituciones de beneficencia no eran sólo hospitales. Incluían

¹³ En las dimensiones de salud y de enfermedad, estrechamente ligadas a los conceptos de higiene y salud públicas, es importante tener en cuenta el vertiginoso proceso de urbanización, lo que requería entonces unas estrategias de control, especialmente en el campo epidemiológico. Es justamente allí donde subyace la mayoría de las prácticas discursivas en torno a la problemática, hacia finales del siglo XVIII en Europa.

asilos para indigentes y locos, orfanatos, ancianatos y todo tipo de casas y comedores comunales. Es decir, el mecanismo por excelencia para la asistencia y, de paso, para el control de los pobres”¹⁴.

Al igual que lo señala Foucault para la realidad europea, autores colombianos como Hernández, y Archila resaltan el hecho de que la asistencia social -en el contexto nacional- a los pobres no se daba de una manera indiscriminada: el “pobre” en tanto categoría social, estaba sujeto a una serie de condicionamientos morales para acceder a los beneficios de la acción caritativa. Su condición debía corresponder a los designios de Dios, a cierto nexos con la localidad, y ante todo tenían que diferenciarse de los delincuentes, de acuerdo a su comportamiento en la comunidad. De igual forma, la diferenciación se impone al interior mismo de los asistidos: por un lado, la beneficencia quería cumplir con el propósito de “dignificar” la condición humana a través de la atención y los cuidados requeridos.

Por otro lado, al entrar en juego las consideraciones y concepciones ideológicas del manejo y control de la salud pública -que al comenzar el siglo XX en Colombia, significaba una problemática creciente y de no pocos intereses políticos y sociales-, la intervención estatal se hizo palpable, en la medida que “algunas órdenes habían hecho convenios con el Estado para utilizarlos hospitales en la educación médica profesional y académica” (Restrepo Zea, 1997 citado en Hernández, 2002: 44). Fueron mecanismos de este tipo los que permitieron la penetración y práctica de una medicina moderna occidental -especialmente europea- con sus implicaciones en la definición de las dimensiones de salud y de enfermedad de la población.

Con la intervención del Estado colombiano, el poder legislativo tomó medidas tendientes a fijar unas políticas de salud, y unos servicios de atención de las enfermedades. Inicialmente, la transformación vino de parte de una nascente medicina que instaba por la modernización del sector, y la puesta en marcha de un sistema de salud que contase con una mayor capacidad de acción, entendiendo que sería desde el aparato estatal, en tanto

¹⁴ Hernández, *op. Cit.* p.p 41.

instancia de poder, que se lograrían los cambios requeridos para la consolidación de la práctica médica como un saber occidental, identificado con signos de desarrollo y progreso.

Luego, las distintas alianzas planteadas desde el gremio médico con la dirigencia política nacional, se logra una mayor incidencia presupuestal para la cartera de salud (Ministerio de Higiene), con un consecuente aumento del poder decisorio del gremio: “pero no se trataba solamente del crecimiento de un sector de la burocracia. La higiene, en sí misma, se presentaba como un instrumento de modernización y de progreso por parte de sus agentes. Técnicamente, los frentes siguieron siendo más o menos los mismos, es decir, el control de las enfermedades epidémicas y la prevención y atención, cada vez mayor, de las endémicas”¹⁵.

Ya para ese momento-las tres primeras décadas del siglo XX- el manejo y control de la higiene y salud públicas se consideraban como obligaciones del Estado. Pero al igual que la figura de las *beneficencias*, el saber y la práctica médica en el país era un calco sistemático del modelo europeo, aunque con la tarea de adelantar un arduo proceso de penetración cultural, debido a las enraizadas nociones de salud y de enfermedad que se manejaban en las distintas comunidades tradicionales y las masas populares. De tal manera que uno de los efectos de la profesionalización del sector salud en el país, anota Hernández, se tradujo en una especie de arrinconamiento gradual de las prácticas culturales de producir salud, donde tradicionalmente las comunidades indígenas y los sectores populares, habían jugado un rol preponderante.

En este sentido, la persistencia cultural de las prácticas curativas provenientes de estos grupos sociales, se tomaban desde la oficialidad impuesta, como expresión de resistencia popular hacia la modernización: “la mayoría de la gente resolvía sus problemas de salud en otra forma. Así que, ¿para qué más médicos? [...] es posible imaginar un gran número de

¹⁵ *Ibid*, p.p 47.

agentes como yerbateros, parteras, dentistas, sobanderos, y dueños de farmacia autodidactas atendiendo a los enfermos¹⁶.

Con el proceso de modernización de los distintos sectores productivos del país, la situación de violencia en las zonas rurales, generadas por el bipartidismo político de mediados de los años cincuenta, y la vertiginosa urbanización, se presenta un desplazamiento de personas, más o menos sostenido, hacia las principales ciudades, causando una suerte de desarraigo y planteando unas nuevas relaciones sociales, caracterizadas por el anonimato y la hibridación, en los centros urbanos. De esta forma, gran parte de estos conocimientos y prácticas locales llegan a las ciudades mediante la tradición oral, y que pugnaban por mantenerse al interior de aquellas comunidades urbanas que, en muchos casos poseían un fuerte arraigo rural, como mecanismo y sostén de su reproducción social y cultural, respecto al tratamiento de las distintas enfermedades.

Los embates del gremio médico profesionalizado se dirigían entonces hacia la abolición de estas prácticas, subrayando los posibles riesgos que corría la población al seguir colocándose en manos “inexpertas”. Así, las reglamentaciones no se hicieron esperar, y el Estado le respondía a un gremio médico cada vez más numeroso y con gran capacidad de influir en la toma de decisiones que le competían como actores sociales y políticos¹⁷. El creciente poder que fue adquiriendo en el país la cultura médica profesional, obedeció principalmente a un discurso y unas prácticas que promulgaban la modernización del Estado colombiano, lo que, a la vez, convenía a unas elites nacionales que habían comprometido sus intereses en los marcados procesos de industrialización y urbanización del país a comienzos del siglo XX, y de manera más menos sostenida en adelante. Por otra parte, debido a la necesidad de seguir desarrollando la academia, y de crear las condiciones

¹⁶ *Ibid*, p.p 65.

¹⁷ Para los años treinta, el sector médico profesional estaba ya sumamente organizado. La mayoría de sus primeros miembros –formados en países europeos, especialmente Francia- estaban vinculados, de una u otra manera, a las redes del poder político y económico. En esta época contaban ya con una Academia Nacional de Medicina, la Sociedad de Cirugía de Bogotá, una Junta Central Médica, el Club de Médicos, y varios órganos de publicación y difusión de los avances científicos en el campo de la medicina.

que hicieran posible la aplicación de los avances científicos surgidos de las escuelas europea y norteamericana, llegaron al país las especializaciones médicas.

Hacia la década de 1870 funcionaban en las ciudades de Bogotá y Medellín, en el marco institucional de las beneficencias, los primeros centros de reclusión para “locos”, aunque todavía se hallaban confundidos con otras figuras consideradas marginales. Dichos centros cumplían “un papel puramente asilar y prácticamente no efectuaban tratamientos mentales; eran atendidos por médicos generales que hacían visitas una o dos veces por semana” (Roselli, 1987: 8). La diferenciación en el cuidado y tratamiento de los llamados enfermos mentales viene dado de la mano con la implementación de las primeras cátedras de psiquiatría en las facultades de medicina del país. Las primeras experiencias académicas se registran en Bogotá en 1916, pero se institucionaliza su enseñanza y práctica hasta 1923 en Medellín, y Bogotá en 1926.

Para la década de 1940, el gremio contaba con otra facultad en Cartagena. Treinta años después, la enseñanza médica ocupaba prácticamente todas las regiones del país: en los años ochenta “había en el país 11 hospitales mentales públicos, con más de 2.500 camas, ubicados en nueve Departamentos; había también 16 Unidades de Salud Mental integradas a hospitales generales, y 22 entidades privadas”¹⁸. De esta forma, el proceso de institucionalización de la locura se integró plenamente a un proceso que se había iniciado mucho, y que logró configurar el denominado Sistema Nacional de Salud Pública.

Ya instaurado, el estudio de las *enfermedades mentales* no sólo modificaba la percepción que de la locura se tuviera sino también instauraba, en efecto, unas determinadas prácticas basadas en la aplicación de tratamientos psicofarmacológicos en boga por Norteamérica y Europa, tales como el electrochoque, la lobotomía y la convulsoterapia¹⁹.

¹⁸ Roselli, *op.cit.* p.p. 7.

¹⁹ En términos generales, todos estos tratamientos –desmontados y prohibidos en la actualidad– consistían en el uso y suministro de agentes químicos de tipo alópatas al organismo, con la capacidad de actuar y modificar el funcionamiento de los sistemas cerebral y nervioso, de acuerdo a las respuestas que se deseaba obtener. El cambio conceptual y metodológico estaba relacionado con unos principios básicos propios del discurso clínico, y es el

En este sentido, la transformación fue radical, tanto que la locura no sería la *misma* o, dicho en otras palabras, empezaría a tomar su estatuto patológico a la luz de las consideraciones “científicas”: el discurso clínico trata entonces de *localizar* y aprehender el fenómeno de la locura desde las Ciencias Naturales, con un claro enfoque biologicista. El loco es poseedor ahora de un cuerpo sicótico, desajustado y enfermo.

Sin embargo, conviene destacar que a pesar de la instalación hegemónica de un saber médico moderno, su razón y discurso institucional se enfrentan con la construcción de la locura desde nociones y lógicas distintas. Resulta que el ejercicio de una medicina moderna debe atender y relacionarse con comunidades rurales y urbanas que tiene sus propias representaciones, no sólo de la locura, sino en general de las enfermedades y cómo curarlas: y desde donde organizan su vivencia cultural en relación con el cuerpo sano o enfermo, tanto en forma individual como colectiva. Aquí se tiene en cuenta todos aquellos mecanismos que permiten elaboraciones subjetivas, de acuerdo al propio contexto sociocultural, en cual pueden adquirir su sentido y significado dichas representaciones y prácticas médicas populares, además de la capacidad para generar sus respectivos modelos terapéuticos.

Precisamente, es a partir de la instauración de un modelo oficial, y de la persistencia de unas prácticas culturales donde se expresa la coexistencia de estas distintas lógicas señaladas; el encuentro de lo popular con una cultura médica moderna, se construye en la cotidianidad misma de las personas, en sus rutas terapéuticas demarcadas a diario en consultorios, centros de salud, hospitales: lógicas y sistemas, pues, disputando cada una de ellas espacios simbólicos, que permitan mantener su propio modelo de reproducción sociocultural.

referido a la definición y clasificación de cuadros patológicos específicos y diferenciales, en razón de la identificación y descripción de unas valoraciones significativas de enfermedad mental.

3.2.1. La dinámica local de la institucionalización

Ya en el plano local, es justamente durante la creación e integración de Unidades de Salud Mental, o pabellones psiquiátricos a hospitales generales en el país, que se crea en el año 1985, en la ciudad de Santa Marta, la Unidad de Salud Mental (USM) en el Centro de Rehabilitación Fernando Troconis (CRFT)²⁰. Esta inicio como área anexa del entonces “Hospital del Tórax”, como se le conocía comúnmente en la ciudad. Y surgió producto de una ampliación institucional que pretendía cubrir el vacío asistencial existente en el área de atención y hospitalización de salud mental en la ciudad. Para atender la demanda, inicialmente se implementaron programas ambulatorios de consulta externa en psiquiatría; luego, en el mes de agosto del mismo año, se dio apertura a los servicios de hospitalización psiquiátrica. En suma, la experiencia local refleja un interés por capitalizar el recorrido a nivel nacional.

En los lineamientos conceptuales y metodológicos, el modelo a seguir por la naciente unidad mental fue el implementado años atrás por la unidad existente en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, la cual estaba considerada por el gremio psiquiátrico samario, como un Centro moderno, de amplio recorrido y experiencia en el manejo del internamiento de pacientes con trastornos mentales; además al pabellón del San Juan de Dios, se le percibía como una institución que había logrado superar el modelo manicomial, enfatizando políticas públicas de asistencia medica a los enfermos mentales. Entonces, para la ejecución política y técnica se conformó un grupo interdisciplinario, capaz de desarrollar programas asistenciales en área de salud mental: psicología, trabajo social, consulta externa y hospitalización. Así, la experimentación intentó agotar distintos frentes: uno de ellos fue el denominado “hospital de día” donde los pacientes pasaban jornadas diurnas en el Pabellón, regresando cada noche a sus hogares; lo que se perseguía era una especie de desinstitucionalización de la locura, además se pretendía implementar unas redes

²⁰ Agradezco la valiosa colaboración del médico psiquiatra Estanislao Carpio, Director de la Fundación Santa Marta por el Niño; así como de la psicóloga Esther Mier de la oficina de Planeación y Estadística del CRFT, para elaborar esta reseña histórica del pabellón psiquiátrico público de la ciudad de Santa Marta, así como en aquellos aspectos relacionados con el funcionamiento del sistema médico oficial.

comunitarias de atención. Sin embargo, la continuidad de este tipo de programas estaban siempre sujetos a los cambios y vaivenes de las dirigencias políticas distritales de turno: de alguna manera, estas iniciativas agonizaban rápidamente.

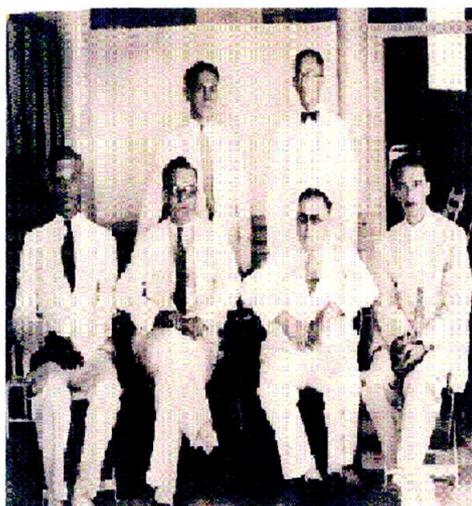


Fig. 3. Médicos del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Santa Marta. 1936.
Tomada del Archivo del Museo Etnográfico de la Universidad del Magdalena (MEUM).

Una de las mayores transformaciones en la historia del pabellón psiquiátrico del CRFT ocurrió en 1994, cuando se traslada la Unidad Mental al Hospital Central “Julio Méndez Barreneche”: según cuenta la psicóloga Esther Mier, ésta experiencia no fue exitosa, ya que “nunca se logró la integración a la estructura del hospital”. Esto no resulta un evento aislado, ya que investigaciones antropológicas realizadas en esta área dan cuenta de ello: al respecto Jean Guyotat anota: “es interesante estudiar lo que ocurre en el marco de la psiquiatría de enlace en el hospital general. El psiquiatra debe empaparse en los valores y los hábitos del hospital general si quiere hacer un trabajo eficaz. Por el contrario, guardar los valores y hábitos del hospital psiquiátrico o del sector en el interior del hospital general produce fracasos, hasta tal punto que un responsable de los servicios no psiquiátricos preferirá que le asignen unos asistentes psiquiatras dependientes de él, antes que tratar, de igual a igual, con un servicio psiquiátrico organizado e independiente, como lo hace con otras especialidades” (Guyotat, 1994: 24).

Con el regreso –tres años más tarde- del pabellón a las instalaciones del CRFT, luego del fracaso en la integración al hospital general, se consolidó en el imaginario colectivo local, un saber de la locura en manos del Centro Troconis. Una nueva fase que pondría cierto énfasis en terapias ocupacionales, específicamente en la implementación de talleres productivos (carpintería, panadería), acompañado de personal cada vez mejor capacitado, como parte de adelantar una suerte de humanización de la locura.



Fig. 4. Fachada del CRFT. 2002. Fuente: HOY Diario del Magdalena.



Fig.5. Fachada actual. Trabajo de campo. 2005

Veinte años después de su creación, observamos a la Unidad de Salud Mental posicionada institucionalmente en el manejo y tratamiento de la enfermedad mental, con un amplio reconocimiento en su práctica psiquiátrica a nivel local y departamental. En este sentido, la gestión y atención oficial se ocupa de los distintos malestares y padecimientos mentales, de la demanda de una población diversa y bastante dispersa, concentrando prácticamente el mayor porcentaje local de atención en salud mental. Los rangos etéreos de mayor incidencia estadística oscilan entre los veinte y cincuenta años, siendo hombres los que más acuden a los servicios de consulta y tratamiento psiquiátricos. La mayor cobertura está en las llamadas clases populares.

En la actualidad, el CRFT como empresa social del Estado (E.S.E.) se acoge a los lineamientos dictados por el gobierno central en materia de planes estratégicos para

delimitar el manejo de la salud pública en tanto derecho fundamental. Así, bajo las competencias consignadas en las leyes 100 de 1993 y 715 de 2001, el Ministerio de Protección Social fija las prioridades en lo que al sistema oficial de salud se refiere. En el marco operativo, la Nación define y aplica los mecanismos de control financiero y administrativo en el Sistema Nacional General de Salud, trasladando tanto el modelo como las responsabilidades de ejecución política a Departamentos, distritos y municipios; se identifican así las instancias y estrategias institucionales que posibilitan la articulación y funcionamiento del sistema: por un lado, el poder legitimado se traduce en ejercicio de la soberanía y, por otra tenemos en el panorama local un sentido estricto de obediencia, en cuanto obligación legal de los entes territoriales a poner en práctica los lineamientos ideológicos del poder hegemónico (Foucault, 2000)²¹.

**Tabla 1. Entidades con servicios de atención en salud mental y rehabilitación
En la ciudad de Santa Marta**

Entidad	Pública	Privada	Observaciones
E.S.E. Centro de Rehabilitación y Diagnóstico Fernando Troconis	X		Atención ambulatoria de consulta externa, urgencias y hospitalaria de salud mental para agudos y crónicos (inimputables)
Diagnosalud		X	Atención Psiquiátrica de consulta externa
Betshaloon		X	Atención para niños discapacitados
Instituto de Neurociencias del Caribe		X	Atención en salud mental infantil y adultos
Fundación Santa Marta por el Niño		X	Atención y hospitalización psiquiátrica

Fuente: Documento Política Departamental de Salud Mental. 2003.

²¹ Al parecer, las acciones adelantadas que posibilitan los enlaces necesarios para el funcionamiento del sistema se dan más en el orden de la viabilidad del modelo económico, y centradas en la destinación y administración de recursos de la salud pública, así como a los conceptos del gasto del sistema local.

Concretamente, el CRFT se constituye en la única Empresa Social del Estado (E.S.E.) a nivel Departamental y Distrital especializada en el área de salud mental, por ende es el principal referente hospitalario de segundo y tercer nivel, lo cual indica sus capacidades en atención, tratamiento y hospitalización en dicha área. En este orden, la estructura de la red hospitalaria sitúa al CRFT en una zona de influencia poblacional bastante considerable, principalmente aquellos cobijados por el llamado Régimen Subsidiado²², y donde confluyen remisiones tanto de puestos, centros de salud, así como de otras E.S.E. regionales de primer nivel; además de esto, sus servicios cubren a aquella población carcelaria considerada como inimputable.

Por su parte, las políticas departamentales disponen que “las E.S.E. regionales serán epicentros a nivel regional para la organización de la red, donde confluirán todos los usuarios provenientes de los puestos, centros de salud y hospitales locales de primer nivel de la entidad territorial” (Política Departamental de Salud Mental, Gobernación del Magdalena. 2003), de hecho, una parte considerable de las remisiones en atención y hospitalización psiquiátrica, provienen de municipios aledaños.

Tabla 2. Total de consultas externas realizadas en el Centro de Rehabilitación Y Diagnóstico Fernando Troconis (CRFT) años 1996-2002

ESPECIALIDADES	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Psiquiatría	2.353	1.331	880	1.445	1.870	1.868	6.474
Psicología	1.084	1.407	971	672	730	740	664
Trabajo social	10.236	11.363			5.316	5.097	2.806
Terapia ocupacional	883	632	631	745	4.133	397	811
Medicina general	7.890	4.912	3.563	3.669	3.341	2.465	1.032
Medicina interna		69	54	180	278	366	123

Fuente: Departamento de estadística e informática del CRFT. 2003.

²² El Régimen Subsidiado forma integral de la Ley 100 de 1993, el cual según Decreto-ley 1298 de 1994 reglamenta sus disposiciones y afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los beneficiarios de este Régimen son aquellos individuos y sus familiares “que no tienen capacidad de pago para cubrir total o parcialmente su cotización y que reciben subsidio para complementar el valor de la Unidad de Pago por Capitalización Subsidiada” (Sistema de Seguridad Social Integral, Ley 100 de 1993, 2006: 187).

Respecto a las modalidades de acceso, éstas se hallan reglamentadas por el mencionado Régimen subsidiado (Ley 100 de 1993, 2006: 301), donde se dispone que:

“Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del Plan Obligatorio de Salud, se considera como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica de primer nivel de atención. Para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión. Se exceptúan de lo anterior solamente los casos de urgencia y pediatría. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder sin hacer tránsito por medicina general”.

No obstante ser uno de los principales objetivos de la reforma en Seguridad Social en Salud -a partir de los lineamientos de la ley 100-, el carácter de universalidad en la cobertura de la prestación de los servicios en salud, bajo los “principios de equidad, integridad y eficiencia”, las disposiciones para el área de salud mental son prácticamente nulas; cuando se hace mención de dicha área, resulta de carácter general, sumamente vagas y sin las especificidades requeridas respecto a políticas asistenciales, tipo de atención y tratamientos. De hecho, la práctica del internamiento psiquiátrico sigue considerando como la medida de control y tratamiento de los trastornos mentales por antonomasia: “la mayor parte de los organismos de salud del Departamento no incluyen Salud Mental entre sus objetivos, principalmente por el desconocimiento en la atención primaria, además los costos de esta atención son muy altos razón por la cual el POS ha limitado estos servicios” (Política de Salud Mental y Rehabilitación del Departamento del Magdalena, 2001).

De esta forma, una revisión tanto de las políticas nacionales y departamentales como del Plan Obligatorio de Salud (POS), da cuenta las limitaciones del sistema y su carácter excluyente en materia de salud mental. Según las políticas consignadas en el POS, éste debe centrarse en las disposiciones siguientes:

- La psicoterapia de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial de la misma y por un periodo no mayor de treinta días.

- La Resolución 5261 de 1994, adiciona a los contenidos del POS para el Régimen subsidiado:
 1. la atención necesaria para la rehabilitación funcional de las personas e cualquier edad, con discapacidad y/o minusvalía, cualquiera que haya sido la patología causante.
 2. servicios para la atención de los trastornos que fueron clasificados dentro de la prevención secundaria, como son la comorbilidad de trastornos físicos con trastornos emocionales en la consulta externa de medicina general,
 3. problemas psiquiátricos y emocionales de grupos muy expuestos y las conductas adictivas

- La Resolución No 02358 de 1998, adopta la Política Nacional de Salud Mental, señalando que las normas técnico científicas y técnico administrativas son de obligatorio cumplimiento por parte de todas las E.P.S, I.P.S, Administradoras de Régimen Subsidiado y por las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud²³.

3.2.2. El CRFT: Valoración médica e internamiento psiquiátrico

Dos amplias zonas estratégicamente dispuestas delimitan el interior del CRFT: un espacio donde se contemplan todas las actividades externas, en el cual comunidad e institución empiezan a configurar una red de consultas, trámites y diligencias en un deambular de una dependencia a otra de acuerdo a las expectativas y requerimientos particulares. En contraposición, el pabellón psiquiátrico es la zona cerrada, impenetrable; es el espacio del silencio. Por su disposición espacial – al fondo del complejo hospitalario- el pabellón es prácticamente invisible para el visitante desprevenido.

El área destinada a los pacientes hombres es de extensión considerable y dadas sus características constructivas desde su interior no presenta ningún signo de exterioridad. El pabellón de mujeres es comparativamente pequeño y, al igual que el masculino, las posibilidades de contacto con el resto de las dependencias es poco probable. Para el año 2005, se registraron quinientos veintiocho (528) ingresos para hospitalización psiquiátrica, de las cuales el 60% corresponde a Hombres, y el 40% restante a Mujeres; el rango

²³ Política Departamental de Salud Mental, *Op cit*, pp. 25.

porcentual etáreo más representativo se encuentra entre los 30 a 44 años con un 38, 61%, seguido por un 34.44% correspondiente a las edades comprendidas entre los 15 a 29 años. Según las estadísticas del CRFT, los tres grandes grupos causales de diagnóstico diferencial se relacionan con trastornos psicoafectivos, estados paranoides y consumos de sustancias psicoactivas.

**Tabla 3. Diez primeras causas de morbilidad por urgencias
E.S.E. Centro de Rehabilitación y Diagnóstico Fernando Troconis.
Años 2003 - 2005**

Año: 2005

ITEM	DIAGNOSTICO	CODIGO	CANTIDAD
1	Trastorno Afectivo Bipolar, no especificado	F319	108
2	Esquizofrenia Paranoide	F200	93
3	Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado	F239	85
4	Trastorno esquizoafectivo, no especificado	F259	19
5	Trastorno Afectivo Bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos.	F312	14
6	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado	F09X	12
7	Esquizofrenia indiferenciada	F203	9
8	Esquizofrenia residual	F205	7
9	Epilepsia tipo no especificado	G409	7
10	Trastorno de la personalidad no especificado	F609	6

Año: 2004

ITEM	DIAGNOSTICO	CODIGO	CANTIDAD
1	Trastorno Afectivo Bipolar, no especificado	F319	148
2	Esquizofrenia Paranoide	F200	89
3	Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado	F239	63
4	Trastorno esquizoafectivo, no especificado	F259	28
5	Trastorno Afectivo Bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos.	F312	31
6	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	F142	18
7	Esquizofrenia, trastornos esquizotipos y delirantes	F205	12
8	Esquizofrenia indiferenciada	F209	12
9	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado	F09X	12
10	Trastornos del Humor (afectivos)	F311	9

Año: 2003

ITEM	DIAGNOSTICO	CODIGO	CANTIDAD
1	Trastorno Afectivo Bipolar, no especificado	F319	108
2	Esquizofrenia Paranoide	F200	68
3	Trastorno esquizoafectivo, no especificado	F259	41
4	Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado	F239	36
5	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado	F209	26
6	Trastorno Afectivo Bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos.	F312	24
7	Trastornos del Humor (afectivos)	F311	22
8	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	F142	15
9	Esquizofrenia, trastornos esquizotipos y delirantes	F201	12
10	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	F 192	11

Fuente: Oficina de Planeación y Estadística del CRFT. 2006.

En lo relativo a la valoración médica e ingreso hospitalario, aquellas trayectorias que accedan al sistema oficial deben franquear toda una serie de disposiciones institucionales, dentro de las cuales la comprobación de afiliación y remisión resultan ineludibles para cualquier pretensión de hospitalización psiquiátrica; si la documentación deja entrever alguna fisura en cuanto a los procedimientos o su diligenciamiento, el paciente remitido y, en especial su familiar o persona que lo traslade al CRFT, caerá en un marasmo administrativo muy difícil de salvar.

Pues bien, una vez superada la instancia de rigor administrativo, el paciente es sujeto de valoración médica: en términos generales, la valoración tiene como principal propósito el reconocimiento de manifestaciones o alteraciones psicomotoras, estados de excitación nerviosa y/o comportamientos compulsivos; para el criterio clínico, tales condiciones o estados alterados son objeto de una intervención médica, mediante el encuadramiento diagnóstico; esta instancia es decisiva, siempre que define en gran medida, la trayectoria terapéutica, es decir el dictamen psiquiátrico de allí surgido puede ordenar la condición de atención externa o, en su defecto, el internamiento. En todo caso, la valoración puede incluir la medicalización correspondiente, y la identificación de “una comorbilidad de trastornos físicos con trastornos emocionales”.

Asimismo, se pueden identificar dos tipos de pacientes determinados por sus trayectorias terapéuticas: aquellos que llegan por primera vez a urgencias psiquiátricas, en tal caso se procede al levantamiento de una historia clínica; se indaga por antecedentes, ya sea a través del relato del mismo paciente o de sus familiares; en el caso de considerarse el internamiento como medida de atención y control de futuras crisis, el paciente es recluido en el pabellón para un período inicial de observación detallada de su sintomatología, así como de la evolución de su cuadro clínico. Así, se da curso a la nueva condición de enfermo mental, de sujeto psiquiatrizado y la activación de espacios de exclusión social:

“A semejanza del neófito en muchas de estas instituciones totales, el nuevo paciente se encuentra desposeído de pronto de una cantidad de sus afirmaciones, satisfacciones y defensas ordinarias, y sometido a una sucesión casi exhaustiva de experiencias mortificantes: restricción de la libertad de movimiento, vida en común, autoridad difusa de toda una escala jerárquica y otras similares. Aprende entonces en qué pobre medida puede mantenerse la imagen de uno mismo, cuando se quitan repentinamente el conjunto de respaldos que por lo general lo apoyaban” (Goffman, 1982: 152).

Digamos que he abordado este tipo de trayectorias desde dos de sus aspectos constitutivos: por un lado, se encuentra el proceso de institucionalización, en cuanto a la categorización de enfermo y su experiencia subjetiva. Dicho proceso se caracteriza por el despliegue de una serie de dispositivos y técnicas disciplinarias propias de estas instituciones totales, como imposición de horarios de alimentación, de visitas, etc.; restricción de la circulación como parte de la definición de espacios y tiempos; técnicas de recompensa y castigo como estrategia institucional.

En realidad, todo esto ha empezado a configurarse desde el momento mismo de la intervención y encuadramiento diagnóstico hasta desembocar en la práctica del internamiento; se inicia así lo que Goffman denomina la desestabilización del yo, refiriéndose a la desarticulación del discurso subjetivo de la locura en tanto percepción de la realidad, frente a la validación del discurso psiquiátrico: enmarcado en el proceso de institucionalización, dicha desestabilización apunta principalmente hacia el diseño y la creación de unas condiciones propicias para la aceptación y permanente afirmación del rigor y las rutinas institucionales.

Por otro lado, tenemos la experiencia subjetiva del paciente, ligada a una construcción social y cultural de la enfermedad, en cuya estructura simbólica encontramos la atribución de significados a partir de unos valores morales y sociales en un contexto cultural dado, permitiendo así la determinación y apropiación de unas acciones y prácticas dentro del sistema social, lo que posibilita a su vez, la producción de sentido como estrategia individual y colectiva para la explicación y comprensión del fenómeno.

También es factible que en aquellas trayectorias que llegan por primera vez a urgencias del CRFT, una vez estabilizada la crisis o manifestaciones de perturbación mental, se estipule la consulta externa psiquiátrica; situación donde la medicalización, acompañada de la psicoterapia y visitas periódicas al Centro son las medidas pertinentes. En cierta forma, la condición de paciente externo plantea una problemática distinta, desde el punto de vista institucional, frente al paciente interno: una revisión de las distintas trayectorias terapéuticas aquí estudiadas, nos ha mostrado cómo el paciente que recibe tratamiento externo tiende a la ruptura del vínculo institucional, cuyas motivaciones vienen dadas por la imposibilidad, o el rechazo a una medicalización constante de su estado; y por la posibilidad y eventual acceso, en algún punto de su trayectoria, a una alternativa curativa más acorde con sus nociones y representaciones de la enfermedad mental, y de las causas que él mismo atribuya a su padecimiento.

En segundo lugar, se encuentran las trayectorias en condición de reinternamiento psiquiátrico. En tales casos, se cae en el círculo de los reingresos periódicos, en una cronicidad situada de una crisis a otra, y donde la estructuración del proceso terapéutico queda indefectiblemente ligada a los límites del hospital, en tanto espacio objetivante a través de los dispositivos y aparatos de captura institucionales. Una vez instalada la trayectoria en situación de internamiento se materializa todo el despliegue del poder psiquiátrico en relación a unas fases, a unos roles y unas relaciones entre el sujeto y la institución que, en su articulación, se va consolidando el proceso de institucionalización y la consecuente reconstitución del sujeto:

“es más completo y operante considerar la institución como un conjunto organizado de relaciones entre los individuos con puntos de articulaciones, una estratificación, una jerarquía, unos roles que se reparten y se conjugan entre sí, unas reglas de pertenencia con un interior íntimo y un exterior ajeno. Un juego de equivalencias simbólicas. En suma, la institución es como una semiótica que hay que descifrar, lo que supone tales funciones y roles de individuos sólo tiene valor en relación con el conjunto. Aquí el individuo se encuentra situado-hablado en una red simbólica. Y al desplazarse hacia una nueva situación pierde la antigua, en un sistema de permuta simbólica (Guyotat, 1991: 31).

Pues bien, en este desciframiento de una institución total como el pabellón psiquiátrico del CRFT, surge como ruta adecuada la identificación de unas reglas de orientación. Estas se constituyen a partir del cumplimiento de unas fases o etapas del paciente respecto a su instalación hospitalaria: es decir se agota un período relativo de observación detallada del comportamiento o evolución del cuadro clínico: en esta instancia, se presume un estado de perturbación emocional y/o mental, ya sea latente o manifiesta y que se asume como indicador de enfermedad mental.

Esto va a determinar en gran medida, su estancia en el pabellón general, de acuerdo a una estatificación o clasificación definida previamente. En términos del paciente, lo que está sucediendo es un período de transición, que exige forzosamente una suerte de acomodamiento que le permita asimilar de alguna manera su nueva situación, sobre todo en lo concerniente a la imposibilidad de proyectar su experiencia subjetiva, la cual va siendo gradualmente desmontada mediante técnicas disciplinarias y estrategias institucionales. Entre las más sobresalientes encontramos la definición y reglamentación de espacios y tiempos, como una forma de reforzar constantemente la posición de paciente a merced del orden reclusorio, además de establecer el ritmo institucional a través de la repetición y la regulación de los actos.

De lo que se trata entonces es de neutralizar aquellas manifestaciones de delirios particulares, mediante la ubicación del paciente en la vida común del pabellón, evitando al máximo cualquier resquicio de oposición o ruptura de la escala jerárquica, “[...] como hay una relación directa entre las dificultades que ocasiona un paciente y su versión personal de

los hechos que le han ocurrido, al desacreditar esta versión será más fácil que se avenga a cooperar. El interno debe “compenetrarse”, o fingir que se compenetra, con la perspectiva de sí mismo que auspicia el hospital (Goffman, 1982: 159). Una vez que el cuerpo ha sido objeto de este tipo de capturas, el recreo de las subjetividades en el pabellón, no hace sino confirmar –a los ojos de la institución- el desarrollo de la enfermedad, dando paso a la medicalización y justificando así tanto la vigilancia como el control médicos, mediante la práctica del internamiento.

3.2.3. El pabellón: cartografías

Durante la jornada ordinaria en el CRFT es frecuente encontrarse con familiares o personas vinculadas, de una u otra forma, con los pacientes, ya sea para agotar algún trámite pendiente o relacionado directamente con asuntos del internamiento propiamente dicho (suministro de ropa, elementos de aseo personal, etc.). Esto me ha permitido acceder a las distintas percepciones que se tienen de los conceptos salud y enfermedad mental, así como una aproximación al ritmo cotidiano del pabellón psiquiátrico. Situado en la parte trasera del complejo hospitalario que es el CRFT, el pabellón está dispuesto espacialmente en forma de L, distinguiéndose tres grandes zonas: una de ellas está destinada a los dormitorios de los pacientes y distribuidos de acuerdo a los grados de cronicidad establecidos (observación, agudos y crónicos); otra conformada por el área de enfermería, coordinación médica y amplios salones destinados al comedor y salas de estar; enseguida, encontramos el extenso patio central, lugar donde se recrean gran parte de las vivencias del internamiento.



Fig. 6. Puerta de ingreso al pabellón Psiquiátrico del CRFT. Trabajo de campo. 2005.

Una vez franqueado el límite manicomial, su espacio interior se abre y despliega como una flor misteriosa, como una suerte de surcos en apariencia desarticulados. Pero en realidad es toda una puesta en escena de relaciones y dimensiones simbólicas que van tomando forma, y se desenvuelve en una espiral que irradia todo el conjunto: a pesar de que al interior físico y simbólico del pabellón se mantiene una especie de intermitencia relacional, de barreras surgidas de las constantes articulaciones y desarticulaciones, producto de la propia jornada hospitalaria, cada una de las actividades adquiere sentido en el sistema general del internamiento: “el médico entra casi todos los días: entra a valorá y le pregunta a usted como se siente, que si la familia ha venido... a mi a veces me sacaban hasta dormido, ya, así todo dopado, porque esa droga lo pone a uno mal” (Walter).

Como expresión del dominio institucional, la jornada comprende dichas valoraciones, con las cuales se mantiene en constante actualización la escala jerárquica de las relaciones médico-paciente; por su parte, las terapias grupales se convierten en el espacio socializado y forma parte integral del proceso de institucionalización de la locura, en la medida que contribuye al afianzamiento de un sujeto institucional, que debe modificar aquellas actitudes y comportamientos que lo imposibilitan para el desenvolvimiento adecuado a nivel social, y esto a través de cierto adiestramiento disciplinario:

“Las terapias en el Troconis, en el pabellón lo sacan a uno a una salita de espera y un pabellón ahí uno hace ejercicio, medita, cierra los ojos; lo ponen a uno a conversá; si a usted le gusta cantá, usted canta, a bailar, a jugar dominó: a cualquiera cosa, a cualquiera actividad. A regar las maticas, a barrer... pero le falta como, para terapia, como más trabajo al paciente. Que el paciente desempeñe una labor ahí, ya, así sean de dos horas. Las terapias son muy buenas porque a usted le preguntan cosa hasta de su vida privada; los médicos lo citaban a uno y le hacían preguntas: principalmente qué día es hoy, ya, por decir estamos a tal fecha; sobre la familia a uno le preguntaban; qué se sentía uno, ya... qué lo atormentaba. A mi no me atormentaba nada, únicamente... más que todo los recuerdos, ya...nada más me atormentaba, sólo los recuerdos... de sentirme incapaz de no poder realizar mi sueño: ciertas letras que regalé me atormentaban, ya. Mi sueño... grabar un disco, tan siquiera uno...”

(Walter. Paciente interno)

Así como el dominio de la institución psiquiátrica se extiende por las actividades cotidianas del pabellón, al interior del grupo de internos también se establece un proceso de iniciación

del nuevo paciente, con el fin que éste comprenda las reglas y ritmos impuestos por el personal asistencial, siempre bajo la lógica del internamiento.

“Más que todo los (pacientes) antiguos tienen la posición de indicarle a uno cualquiera cosa: vea esto hay que hacerlo así o esto no se puede hacer así. Los que tienen más tienen dos, cuatro años. Esas personas tu las ves seriamente pero te dicen “ve esto está mal hecho, que hay que cogé esa escoba, hay que barré”. Porque allá uno mismo le colabora al muchacho, uno le barre y él le consigue un cigarrillo a uno: entonces los que tienen más tiempo te mandan a ti que les des el cigarrillo y a uno le dan la corta, ya. A veces uno le ayuda a la muchacha del aseo.

El que más tiempo lleva es un muchacho que le dicen tattoo, uno bajito él. Es uno de los más antiguos, y otro señor ahí, como te dije el que pinta, ya, él es poco conversador, anda independiente: hay grupos de tres, de cuatro y hay otros que andan independientes que no se relacionan con el otro. Tiene su mundo ahí, el cual hay que respetar. Mi grupo era mamador de gallo como costeño y nos mamamos gallo uno a otro: el uno se ponía a cantar, el otro echaba cuento, historias de lo que era en su pueblo, lo que él hacía... el que se disfrazaba en las fiestas, en las vacas locas y botaba candela... de Plato Magdalena era el muchacho; otro del Difícil, era el que sacaba los versos del pueblo. Ese era el grupo de los cuatro y nos metíamos en una pieza a consumir los cigarrillos, cuando a mi me llegaban los cigarrillos nos metíamos ahí y fumábamos. Si no había pa' los cigarrillos yo le decía al trabajador que le recogía limón o tamarindo y levantaba plata pa' los cigarrillos. También compramos tinto allá a'entro. Como a veces, si llegaba un paciente nuevo, se le robaba el jabón y lo vendía... este es uno de los problemas allá a'entro: que se roban el colgate, si te llevan un desodorante en visita tus familiares se lo roban”.

(Walter)

Dado que las definiciones y condiciones grupales dentro de la comunidad misma de pacientes se mueven en un constante juego de aceptación y rechazo, y signadas por la discontinuidad, el sujeto enfermo capturado por el orden institucional, debe aprehender y asimilar rápidamente los ritmos cotidianos del internamiento en aras de ser aceptado por los otros pacientes, e incluido en las estrategias de agrupamiento que se establecen como mecanismos de dominación y protección frente a otros grupos, a la vez que funcionan como resistencia frente al orden disciplinario. Por ejemplo, aquellos pacientes antiguos que ostentan ciertos grados de conocimiento de los códigos del poder psiquiátrico, respecto a la activación de sus aparatos de captura del cuerpo y la enfermedad, son en extremo sensibles y celosos de las condiciones de agrupamiento, sobre todo en lo que tiene que ver con sus tácticas para simular o fingir la aceptación del orden disciplinario: así, si un interno es frecuentemente objeto de reprobación, o acude a un lenguaje soez y agresiones continuas frente al personal asistencial u otros pacientes, generando situaciones desfavorables para el

grupo: dicho paciente será abiertamente relegado, considerado hostil e inconveniente para los intereses comunes, además de poner en evidencia su desconocimiento de la escala jerárquica, impuesta por la lógica del internamiento psiquiátrico.

Así, inicia entonces el aprendizaje forzoso de ciertas reglas de convivencia, pautadas por aquellos internos con mayor antigüedad en el pabellón, determinando de esta manera unos niveles de mando, cuya dinámica busca establecer unas micro-redes que permitan la ubicación del neófito en los espacios tiempos reglados, y que luego serán decisivas para la recomposición de la vivencia subjetiva de la enfermedad:

“en algunos casos, las parcialidades están limitadas y en su conjunto forman pequeñas “insulas”, donde se aglutinan fragmentos reales de personas conocidas para forjar una nueva y desconocida. Desde el punto de vista de la experiencia directa, éste es el caso de quienes se sienten poseídos y cuya experiencia se objetiva en el contexto del pensamiento popular de los locos que siguen este camino. Para ellos, es más fácil adaptar su experiencia a la del grupo al que pertenecen, porque inmediatamente lo que para otros, desde la mirada occidental, son signos de extravagancia, dentro de los locos que viven la cultura popular, esta experiencia no es delirante sino real y posibilita, por esta misma razón el ejercicio del saber popular de la locura no-occidental, en donde las intensidades fragmentarias nos e recrean en esta visión del mundo y por lo tanto no forman insulas permeables a la experiencia colectiva” (Pinzón y Suárez, 1990: 111).

De ahí, que estos espacios de confluencia de subjetividades puedan transformar el tiempo fracturado de las jornadas hospitalarias en espacios efectivos de reelaboración cultural, tal como lo menciona Walter respecto a sus reuniones del “grupo costeño”, con sus cantos, bailes y remembranzas de fiestas populares de cada uno de sus provincias de origen. De esta forma, se reivindica el discurso, los actos y vivencias de un *afuera*, y en medio de la circunstancias del internamiento, el cuerpo, la enfermedad y la cultura son reasignados como parte del proceso de resignificación de su subjetividad fragmentada.

De hecho, en la medida que se va asimilando la lógica del internamiento en tanto práctica disciplinaria, el interno va regulando su propio ritmo en el proceso de destrucción y reconstrucción constante de su vivencia con la enfermedad, y diseñando a la vez una versión de sí mismo que le permita ajustarse tanto a la inscripción institucional, es decir comportarse de acuerdo a lo que se espera de él respecto al proceso terapéutico favorable;

así como una imagen justificable y unas pautas frente a su grupo en términos de los lazos sociales y de respaldo en las tácticas de agrupamiento.

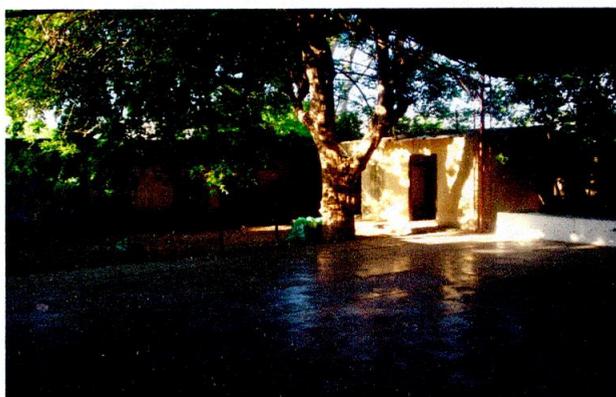


Fig. 7. Zona exterior aledaña al pabellón destinada al recreo y terapias grupales.
Fuente: Trabajo de campo. 2005.

En este discurrir manicomial, uno de los pocos contactos con el exterior proviene de las visitas de los familiares²⁴. Éstas se pueden realizar todos los días, durante una hora (de 4:00 a 5:00 p.m.). Como especie de confesionarios, paciente y familiar traban largas conversaciones con señales de afecto y de complicidad. La movilidad de los familiares en el pabellón es realmente mínima, en la medida que una vez ubicados arbitrariamente en el

²⁴ Por disposiciones institucionales sólo pude tener acceso al pabellón de Hombres. El correspondiente al de Mujeres se encuentra situado frente al otro, y ocupa un área mucho menor, el cual podemos decir que se reduce a los dormitorios de las pacientes recluidas, y una pequeña sala para el personal asistencial.

patio central procuran verse lo menos afectado posible por la realidad circundante del pabellón; mientras tanto, y de forma paralela en la comunidad general de pacientes, se van tejiendo los itinerarios vespertinos que, en contraste con la jornada matutina la cual es dominada por la *realidad de la enfermedad* (es decir valoraciones médico-psiquiátricas, medicalización y terapias), auspician la dilución de los mecanismos disciplinarios para asistir a la re-creación de espacios y tiempos del loco, a la manera de rutas diversas que se abren en una especie de experiencia multidimensional, cuyo eje es la escenificación misma del delirio.

En suma, es la ruptura del mundo institucional, regido ahora por la ambivalencia e indeterminación de lo patológico, y esto como expresión y respuesta de aquello que se resiste a la inscripción en las categorías y normatividades hospitalarias, llevadas a cabo durante todo el proceso terapéutico. En este sentido, lo que se recrea como resistencia, anota Pinzón y Suárez (1998: 110), es precisamente la visión y afirmación de la locura “no en el sentido individual y delirante, sino que ante todo, como resistencia, dispara dispositivos culturales de defensa frente a un sistema y a un acontecer que para él no tiene otro sentido que el de agredirlo, y suplantarlo el tipo de respuestas que él daría al problema que occidente le obliga a encarar de otro modo”.

Pues bien, en este encuadramiento de la experiencia de la locura, aquellas trayectorias que terminan siendo instaladas por el poder psiquiátrico en los límites del hospital, se verán indefectiblemente reducidas a la vivencia clínica de la enfermedad mental, y sumidas en el marasmo del internamiento o, sujeto a los reingresos periódicos ante la eventualidad de crisis posteriores. Por el contrario, si en este recorrido terapéutico las trayectorias siguen su curso por fuera del sistema médico oficial, es probable que ante la persistencia de la enfermedad se acuda a otras soluciones terapéuticas, en cuyo caso estaremos frente a modelos explicativos, acciones y prácticas curativas de un orden totalmente distinto propuesto por el saber psiquiátrico.

Fig. 8. Entrada principal del CRFT. 2005.



3.3. Sistema médico popular: lo popular estratégico

Con la expansión vertiginosa del sistema oficial –en la primera mitad del siglo XX- en la prestación de los servicios y atención en salud, producto del agresivo plan de monopolización del sector y donde influyeron diversos factores, la medicina moderna profesional tendía a reemplazar prácticamente a todos los agentes terapéuticos existentes en el país. No obstante, los sectores populares rurales y urbanos, seguían recurriendo a prácticas curanderiles de otra índole, las cuales se hallaban fuertemente arraigadas –y aún lo están- como formas de curar las distintas enfermedades. Así, la pervivencia de una medicina popular encuentra su soporte en ciertas condiciones socioeconómicas, y obedeciendo a unos patrones culturales que le han permitido seguir ocupando su lugar en la estructura social, en tanto alternativa para producir salud: sin embargo, a partir de las circunstancias históricas y sociales del proceso de modernización del Estado, dicha medicina popular aparece ahora en situación de subalternidad frente a la medicina oficial.

Básicamente, al interior del sistema popular la noción de enfermedad mental adquiere, sobre todo, connotaciones sociales y culturales, cuya mayor expresión recae en un desequilibrio tanto del orden psicosomático como de la esfera espiritual del enfermo. En este sentido, se pueden reconocer como ejes causales de la enfermedad aquellas manifestaciones mórbidas tanto de origen natural como sobrenatural: son situaciones entonces, donde el medio cultural suele ser altamente influyente. Así, el “estar enfermo de la cabeza” desde el punto de vista del saber popular, representa toda una serie de experiencias y estrategias sumamente complejas, y de unas elaboraciones simbólicas que incorporan elementos propios de las dimensiones corporales, sociales, y de religiosidad popular en aras de alcanzar ciertos niveles de significación de acuerdo con su contexto cultural específico.

De hecho, el sistema médico popular en la ciudad de Santa Marta está conformado por un conjunto de agentes, prácticas y establecimientos, que de manera *informal* -esto es, sin obedecer a reglamentaciones ni reconocimiento estatal alguno-, prestan sus servicios en

salud. En el abanico del curanderismo urbano local, hemos encontrado curanderos, yerbateros, médicos “alternativos”, médiums y espiritistas. Cada uno de ellos exhibe toda una gama de posibilidades terapéuticas, que oscilan entre elementos de medicina tradicional, de la biomedicina, religiosidad popular, hasta el esoterismo. De igual forma, éstos se hallan más o menos establecidos, según los requerimientos de su especialidad: así, encontramos las herboristerías, centro de acción del yerbatero local, ubicados en su mayoría en el mercado público, y donde es posible toparse en su oferta comercial con toda una serie de remedios a base de productos naturales; hierbas y plantas, imágenes propias de santos populares y católicos tales como María Lionza, el Negro Felipe, José Gregorio Hernández; el Divino Niño, la virgen María, Cristo crucificado, bustos del Dios Buda, entre otros.

Asimismo, en dichos establecimientos la prestación de servicio se extiende a la lectura de cartas para resolver problemas de amor, conocer la suerte y el destino, o el futuro laboral. El yerbatero también tiene la facultad de asesorar en la preparación de baños y brebajes medicinales, complementados con los rituales de curación correspondientes, destinados a contrarrestar padecimientos y males específicos, en los órdenes corporal, espiritual y mental: para tal efecto, éste cuenta con los accesorios materiales y simbólicos apropiados (velones, aceites, esencias aromáticas, “hermanos de poder” como la Negra Francisca, Negro Felipe o María Lionza). Lo inmediatamente anterior, nos lleva a la siguiente aclaración: algunos yerbateros en la ciudad pueden ejercer los oficios curanderiles, pero no todos se aventuran a ello: y la razón principal radica en el hecho de que el poder de curar obedece a una gracia divina, a un don otorgado por medios hereditarios o revelaciones místicas a edades tempranas; gracia o poder que se va perfeccionando mediante la puesta en práctica de los dones curativos recibidos.

Por otro lado, algunas herboristerías de la ciudad se han convertido en una especie de centros de acopio, de provisión y reunión para otros agentes como los curanderos, cartománticos, lectores de tabaco y espiritistas que, en tanto áreas especializadas, demarcan de manera más o menos precisa el alcance y limitaciones de sus dones y prácticas curativas, pero todos ellos dando fe de su efectividad y omnisciencia. Sin embargo, es bueno anotar

que este trabajo de campo no arrojó evidencias de que en la ciudad existan algún tipo de organización gremial, o de intercambios formalizados y establecidos entre los distintos curadores.



Fig. 9. Herboristeria San Gregorio, ubicada en el mercado público de Santa Marta. Trabajo de campo, 2005.

Aunque los curanderos usualmente disponen de un consultorio para ejercer su oficio, algunos de ellos tienen una gran movilidad, ampliando la cobertura en la prestación de sus servicios a los municipios aledaños a la ciudad de Santa Marta, lo que a la vez permite ganar en reputación y prestigio tanto entre sus clientes habituales como aquellos potenciales. Esto último adquiere especial relevancia, en la medida que el principal factor de acceso a los servicios de un curandero local en particular, procede de la recomendación de pacientes o su grupo familiar cercano, que se encargan de promocionar y propagar las habilidades terapéuticas de las cuales se han beneficiado.

A continuación registro testimonios de tres agentes terapéuticos locales, que incorporan a sus prácticas el tratamiento de la locura, la cual puede ser tomada, bajo el campo específico del saber curanderil, como una manifestación de confusión mental, o “pérdida de mente”, pero de ninguna manera representa un equivalente a la categorización propia de la psiquiatría, sino que tales estados derivan de causas y significaciones de un orden distinto,

como veremos. El soporte etnográfico de este aparte consta de entrevistas abiertas y conversaciones informales con los curadores, y observaciones realizadas en sus sitios de trabajo. Las entrevistas y sesiones informales fueron grabadas en casetes de audio y transcritas posteriormente. Buena parte de ese material recopilado se encuentra aquí consignado. Antes que adentrarme en perfiles biográficos de estos actores sociales –aunque aparecen algunos datos básicos–, más bien me interesa indagar por sus concepciones y definiciones de la locura, y en general de las dimensiones de salud y enfermedad mental; por sus saberes y prácticas curativas, con toda la carga de subjetividad que ello pueda contener. Además con la intención de establecer sus grados de integración sociocultural en relación al medio en el cual se desenvuelven a partir de su función de curar y producir salud.

3.3.1. Los curanderos: de gracias, iniciaciones y poderes

Reyes Rodríguez es una mujer samaria de unos cuarenta años. De apariencia física más bien menuda, es una persona afable aunque de carácter reservado a la hora de hablar de sus travesías por el curanderismo. Al parecer, distribuye su tiempo entre el hogar, los oficios curanderiles y la atención de un pequeño consultorio que tiene en el centro de la ciudad, anexo a una tienda de medicina alternativa o naturista. Al igual que los otros dos curanderos consultados, Reyes atribuye sus poderes de curación a una especie de don o de gracia que “sintió desde muy pequeña y se fue desarrollando con los años”. Tal revelación marcó definitivamente sus expectativas de vida, a tal punto que desde hace unos veinte años se dedica a “sacar males y espíritus malignos del cuerpo”.

“en el caso mío son cosas internas más que vienen desde años atrás, desde niña, y yo me puedo dar cuenta de las cosas; puedo mirar bien qué problema tiene ese paciente. Entonces al mirarlo, inmediatamente se le nota el problema que tenga: si es por suposición, que sea supuesto o si es natural.

Cuando es natural, yo le digo inmediatamente “esto es un caso que hay que tratarlo con medicinas”. Cuando no es natural entonces se lo vamos a tratar por vía supuesta. Si está poseído me doy cuenta lo que está dentro de él no es él, sino que tiene doble personalidad. *Hay una persona que no es la misma*: al colocarle la mano en la cabeza le puedo rezar un padre nuestro, un credo y de inmediato la persona se me desmaya, pero

no es él que se está desmayando sino la otra parte interna, o sea la maligna que está dentro del cuerpo y la mente de esa persona”

Conocí a Reyes en agosto de 2004, por intermedio de una persona que había recurrido a sus servicios de lectura de cartas, actividad que ejercía desde tiempo atrás (en la actualidad lo hace esporádicamente), lo que le permitió adentrarse, paulatinamente, en el mundo de las prácticas espiritistas. Esta forma de contactar a Reyes no fue nada casual, por el contrario, encuadraba en la lógica de acceso a sus oficios que –estrictamente- debe ser por recomendación de personas ya atendidas, dados los inconvenientes legales que su oficio acarrea,

“[...] porque hay unos que van y denuncian al médico porque ya ese médico es brujo. Eso le persigue mucho las autoridades (brujería, satanismo); porque la policía cuando nota que hay personas trabajando con ciertas cosas que son muy diferentes que si ven los cristos: de pronto ven una espada, de pronto ven que tu prendes unas velas, entonces no van a ver que tu estás ayudando a esa persona sino que vas a hacer la maldad”.

En realidad, el terreno donde Reyes se siente más cómoda y segura es en su papel de médium. Al hablar de mediumnidad, me refiero a cierto estado inductivo del cuerpo y la mente donde el curador iniciado, a partir de unos niveles de percepción, manejo y control de fluidos y fuerzas espirituales, tienen la capacidad de convertirse en *canal de comunicación* con energías espirituales –sean negativas o positivas-, ya sea para transmitir o recibir mensajes, ya sea para llevar a cabo rituales de despojo de espíritus en casos de posesión.

Esta segunda modalidad –es decir, rituales de despojo- es el área específica de Reyes. Además, tales técnicas y rituales están relacionados con experiencias extáticas. Al respecto, y desde el enfoque clásico de la antropología estructural, Luc de Heusch propone –basado en sus estudios de cultos de posesión y religiones iniciáticas en Africa, en los años sesenta-cuatro tipos de representaciones colectivas en los procesos de curación, relacionados con el fenómeno de la posesión, e inscritos en la estructura de las técnicas del éxtasis chamánico y de la posesión. En la modalidad del *adornismo*, la curación consiste –desde el chamanismo- en restituir el alma; para el caso de ritos de posesión, la tarea apunta a la incorporación de

un alma al cuerpo. De otro lado, en la modalidad del *exorcismo*, tanto el éxtasis chamánico como los cultos de posesión se concentran en extraer presencias o espíritus extraños al cuerpo del enfermo (citado en Bastide, 2003: 94).



Fig. 10. Imaginería, baños y esencias medicinales propios de la oferta terapéutica popular en la ciudad. Trabajo de campo, 2005.

Así pues, a través de sus múltiples experiencias con distintos grados de exigencia en tanto *vehículo* espiritista, Reyes ha podido afianzarse como sujeto de disposición corpórea, capaz de establecer este tipo de vínculos; a la vez que le permite identificar las motivaciones y causas del padecimiento, e iniciar de esta forma el proceso terapéutico. Cabe anotar que malestares y padecimientos de esta índole tienen efectos perturbadores en la persona afectada, y es probable que entre sus manifestaciones aparezca la enajenación mental o la “pérdida de mente”.

Las circunstancias de posesión del cuerpo por espíritus son múltiples y extremadamente complejas, y cuya principal función maléfica apunta hacia un desequilibrio general de la armonía vital del individuo, e incluso la muerte: el funcionamiento de sus órganos vitales, así como su energía emocional y espiritual quedan seriamente comprometidos; se puede

presentar también la anulación de la voluntad y el desvarío mental. A pesar de la escisión – para efectos del análisis- que se hace entre el espíritu invasor y el poseído, lo cierto es que en el discurso y práctica curanderiles, los espíritus se perciben como presentes en este mundo. En este contexto, constituyen una presencia cercana y real, con la posibilidad de ser invocados; además con un notable poder para influir negativamente en la voluntad o comportamientos de la persona, de acuerdo a unos conductos previstos para tal fin o, por el contrario pueden tener el carácter de “espíritus protectores”. Esto adhiere a uno de los postulados básicos del espiritismo, acerca de la existencia de un mundo visible y uno invisible, donde se presenta una suerte de intercambio constante entre los seres humanos y los “incorpóreos” en la jerga curanderil. Al respecto, Reyes Rodríguez se refiere en los siguientes términos:

“Muchas veces son enviados (los espíritus). De pronto tuviste algún problema con alguna persona, y esa persona tiene unos sentimientos malignos, pero las personas no saben en realidad el daño que pueden causar al mandarte un espíritu de esos malignos. Llegan y buscan a una persona que se dedique a eso, que le guste la maldad y te mandan a hacer un trabajo. Lo primero que te van a preguntar es “qué quieres que le haga”, y la gente contesta: “yo quiero que le haga un trabajo, quiero verlo destruido, enfermo o muerto”. Y el maligno por ganarse el dinero lo hace, sin pensar el daño que puede producir en el cuerpo de esa persona.

Por lo regular, los espíritus cuando son enviados, ellos no quieren estar ahí porque son obligados, quieren salir y ver la luz. Ellos ahí (en el cuerpo ajeno) no ven la luz, sólo la oscuridad. Entonces ¿qué buscan?. Buscan la liberación tanto el paciente como el espíritu se sienten amarrados.

Hay algunos espíritus, si es un loco, por ejemplo, tu vas a hacer lo mismo que hacía el loco porque el espíritu te obliga a ser de igual forma como era él. De igual manera te vas a mover, vas a tener el olor igual a él; por ejemplo, si no le gustaba bañarse, tu no te vas a bañar; te vestirás como él. La posesión es en todo sentido, por eso dicen “poseído” [...] el paciente comienza a hablar cosas inconscientemente, pero no las está diciendo la persona sino es la parte interna. Yo he visto eso, tengo la experiencia, y tuve pues la facultad que me ha dado Dios de poder ver a través de mi misma y a través de esa persona (enferma), y así puedo ayudar más fácilmente a aquella persona”.

En su lógica particular, Reyes entiende la locura desde la perspectiva de la *intervención* o intromisión de entidades *externas* al cuerpo y mente de la persona, entidades asociadas a espíritus negativos y maléficos que, a través de fenómenos de posesión, se instalan en el cuerpo logrando incidir en la voluntad del poseído, cuyas evidencias más notables surgen de cambios en el comportamiento habitual, incoherencia en el discurso y el extravío mental. Ahora bien, en este marco interpretativo, no todos los casos de “perdida de mente” o trastornos de la personalidad obedecen necesariamente a fenómenos de posesión: dado que



las dimensiones de salud y enfermedad forman parte de una interrelación armónica y equilibrada de lo físico, mental y espiritual, cualquier desajuste de una de ellas tendrá efectos en las otras esferas vitales.

“A veces cuando la persona se manifiesta y le dicen “loco” puede ser un caso de posesión, pero no todas las veces tiene que ser así. Puede llegar el momento de pronto de que esa persona tenga un problema psicológico, y eso le esté causando la locura como la llaman.

Yo siempre lo he dicho: para mí ninguna persona es loca, sino que muchas veces es sistema nervioso se altera demasiado y algunas personas no lo pueden controlar, no saben cómo controlarlo; si se sabe controlar, las personas no llegan a esos extremos.

[...] se manifiesta (la alteración) a través, por ejemplo, de los cambios de la luna que también afectan mucho. Por ejemplo, un paciente que tiene muchos dolores de cabeza; a veces sienten la depresión, el desespero y quieren salir de eso pero no encuentran la forma. Entonces ¿qué les ocasiona eso? Llevarlos ante un médico (profesional). Pero el médico al mandarles el tratamiento lo que hace es enloquecerlo más, porque el problema no va por donde ellos lo están tomando sino por otras causas”

Surgen entonces dos elementos claves para la diferenciación del modelo y universo interpretativo del curanderismo popular urbano, con respecto a la psiquiatría: en el modelo popular, los trastornos de la mente tienen sus explicaciones y significaciones en entidades morbosas de carácter *externo* al individuo. Tales trastornos se presentan como *efectos* de acciones maléficas dirigidas, ya sea por celos, envidia o conflictos interpersonales; también pueden presentarse por estados de debilidad física y espiritual, requiriendo el restablecimiento del equilibrio vital. Además, la “pérdida de mente” tiene un carácter *transitorio*, en la medida que el proceso terapéutico no sólo apunta a contrarrestar el mal causante del padecimiento mental, sino que, al incluir rituales de despojo y exorcismo, el tratamiento médico-ritual debe culminar con la curación del enfermo.

Un tercer aspecto común en el discurso y prácticas de estos curadores, tiene que ver con la constante reelaboración cultural de materiales, procedimientos y mediadores de poder disponibles, sean éstos procedentes del modelo biomédico²⁵, de concepciones y tradiciones

²⁵ Una de las preocupaciones constantes de Reyes es lograr cierta formalización de su oficio. Un intento de ello lo pude observar en su consultorio del centro de la ciudad. Dicho consultorio, que comparte el local comercial con una tienda naturista y una peluquería, es una réplica de un consultorio médico profesional:

indígenas amerindias; de la medicina alternativa, o de la liturgia católica, los cuales una vez incorporados al sistema popular son objeto de una resignificación que posibilite una aplicación concreta en el proceso terapéutico. Reyes Rodríguez, por ejemplo, no duda en hablar de las bondades curativas de procedimientos como la Irisdiología (“leer” el Iris del ojo, como método diagnóstico), y la hipnoterapia en tanto métodos para valorar y curar enfermedades, muy en boga en la denominada medicina alternativa y con la que ella ha tenido contacto recientemente, aunque dichas prácticas sólo las conoce de manera referencial. A raíz de los comentarios de Reyes al respecto, en el transcurso del trabajo de campo me inquieté por conocer la posición de la medicina alternativa en relación con la psiquiatría y su tratamiento de la locura, así pues, recurrí a José Domínguez –por recomendación de Reyes-, un médico naturista empírico, de unos cuarenta y cinco años, y que había iniciado en el negocio de las herboristerías para luego establecer varias tiendas naturistas en la ciudad, especializadas en la medicina alternativa. Esto fue lo que encontré:

“Bueno, nosotros a través de la hipnoterapia regresiva estamos aplicando gran parte de la psiquiatría, porque tenemos unas claves que las tienen los psiquiatras. El psiquiatra básicamente lo que hace es una terapia mental, a través de unos ejercicios, de una motivación, de la automotivación en poder solucionar estos problemas. Entonces, la psiquiatría en sí es pura terapia. La industria farmacéutica, yo quiero hacer énfasis en esto, no ha sacado un medicamento que pueda curar la enfermedad mental, simplemente es para estabilizar a la persona, que la van a mantener dopada, drogada. Pero el paciente deja de consumir este medicamento e inmediatamente recae.

Nosotros acá vamos a la causa de la enfermedad, buscamos el origen y atacamos la causa, es por eso que tenemos mucho éxito... la gente está buscando otras soluciones, otros mecanismos porque están saturados de la pastilla.

Nosotros aquí manejamos de manera integral, como estamos aplicando también psiquiatría, psicología la paciente a través de palabras y ejercicios claves, una psicoterapia; nosotros somos profesionales en esta área, hemos realizado muchos estudios, cursos, congresos y podemos hablar con propiedad. Es decir, somos testigos de la evolución que ha venido teniendo la medicina alternativa en la ciudad de Santa Marta, lo que pasa es que ha habido mucha desinformación, porque la gente liga la brujería y la parasicología con la medicina alternativa y son áreas distintas. Sin embargo, nosotros no señalamos a nadie, cada quien tiene su forma de trabajar pero obviamente no compartimos esa cuestión de la brujería, porque estamos especializados en la medicina alternativa

Luego de esta introducción, inste por una definición precisa de los trastornos mentales, desde la perspectiva de la medicina alternativa:

consta de un escritorio, sillas para los pacientes, una camilla y un pequeño cuarto privado; afuera unas pocas sillas conforman la sala de espera.

“hay que tener en cuenta que las enfermedades mentales no todas son de origen orgánico, porque hay algunas que es porque hay un órgano implicado, afectado. Generalmente, en los problemas mentales siempre el sistema nervioso se afecta; hay un desorden del sistema nervioso que ocasiona un desequilibrio mental en algunas personas, como ansiedad, stress, porque el stress también es una enfermedad mental.

[...] muchas veces una deficiencia de Fósforo ocasiona un stress: ese stress da pie a una enfermedad mental. Muchas personas tienen la sensación de ansiedad, delirio de persecución, aunque no digo que en todos los casos, porque los organismos son totalmente diferentes, entonces la sintomatología es diferente. Pero en sí, básicamente el 90% de las enfermedades son psicósomáticas. La industria farmacéutica y alimenticia, están en estos momentos afectando a la humanidad, afectando mucho el sistema nervioso central ocasionando graves daños a las neuronas de la mente.

Ahora, hay problemas mentales que son psicológicos, que solamente existen en la mente de la persona. Nosotros hemos tenido pacientes que han venido con un estado de nerviosismo muy alterado; un delirio de persecución, llanto, ansiedad, y haciendo un análisis clínico he podido determinar que lo de ese paciente es psicológico; ellos necesitan ser tratados: con la hipnoterapia regresiva a esos pacientes, llegamos a un punto de sus vidas años anteriores, y nos podemos dar cuenta que pueden ser situaciones angustiosas en la familia, esto se quedó alojado en la psiquis de la persona y del subconsciente, y cuando la persona ya es adulta toma esas determinaciones; tenía esa información ahí guardada y eso hizo que tuviera estas enfermedades mentales como la depresión, el stress, la angustia...”

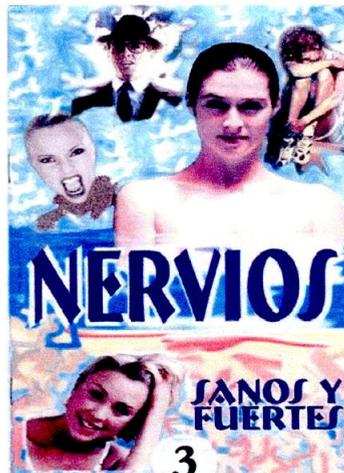


Fig. 11. Portada de folleto publicitario, de venta y circulación común en tiendas naturistas y dirigidas a fomentar la salud mental, a partir de estilos de vida “sanos” y el consumo de productos naturales.

Dentro de los perfiles iniciáticos del curanderismo existen diversas vías y experiencias que lo pueden determinar: entre ellas sobresalen el mencionado don o gracia divina recibida, que puede o no incluir revelaciones místico-religiosas; gracia divina que de cierta manera condiciona o destina al elegido a ejercer sus habilidades de clarividencia y sanación, las

cuales son muchas veces valoradas como una especie de “bien social” dentro de las comunidades populares, como es el caso de Reyes Rodríguez. Otro, puede estar relacionado con un aprendizaje por vía del parentesco: los conocimientos son transmitidos por vía del padre o de la madre; o en su defecto por otro miembro familiar cercano: tal es el caso de José Gregorio Toscano.

José es natural de Chivolo (Magdalena), aunque prácticamente ha vivido toda su vida en Santa Marta; de treinta y ocho años de edad, es un hombre que ha desarrollado un carácter abierto y cordial, lo que hace de él un buen conversador y una persona carismática. Hace trece años se dedica a su negocio de herboristería ubicado en el mercado público, actividad le ocupa la mayor parte del tiempo. José Gregorio es un yerbatero-curandero de amplia experiencia y reconocimiento en el sector de la medicina popular de la ciudad.

Mis primeros encuentros con él ocurrieron a comienzos del 2005. Siempre se llevaron a cabo en la herboristería, y consistían en largas conversaciones sobre distintos tópicos, combinadas con observaciones de las formas de atención al público, de consultas y rituales de curación. Cabe anotar que mi presencia en estos oficios estuvo limitada en tiempo y espacio, por orden del curandero y de acuerdo a los comprensibles grados de intimidad requeridos para tales efectos. Al igual que en el caso anterior, las entrevistas fueron grabadas (en audio) en su mayor parte, y luego transcritas.

En su establecimiento comercial –atendido por él mismo y dos jóvenes ayudantes- se prestan servicios boticarios, se expende desde plantas y yerbas al menudeo, amuletos y estampas de la religiosidad popular; baños y pócimas con poderes medicinales hasta folletos de esoterismo y magia blanca. También es posible solicitar la lectura de cartas del Tarot, como también consultas médicas para una extensa gama de males, dolencias y enfermedades. A pesar de su saber experto, José Gregorio se ha ido retirando gradualmente del oficio curanderil, porque considera que “el medio aquí se ha corrompido, hay mucha gente embustera y hacen de todo por plata”.

“mi mamá nunca tuvo negocio (establecido). Ella viene de Chivolo y vivíamos en Codazzi (Cesar), yo tenía como cinco años cuando ella enviudó. Entonces, se le presentaban dificultades y montó en Codazzi una especie de residencia; ahí fue cuando yo comencé a enterarme que ella trataba con plantas. Y sobre todo trabajaba con puro santos, ángeles católicos pero diferentes de los que tu vas a ver en una iglesia: son oraciones ya hechas por ellos mismos, o sea que no tiene nada que ver con la iglesia, pero son oraciones que van nombrando santos. Y así fue llenándose el negocio. Eso hace treinta años atrás.

De ahí nos vinimos pa' cá. Yo lo quería era estudiar medicina, como te dije, pero la sangre como que llama y ya yo sabía como tiraba las aguas: eran plantas y oración; en la época no había nada de lo que yo domino acá, eso era pura creencia; creencia era cogé el monte y sabé lo que se iba a hacé, era cogé tierra, lo que fuera. Entonces, yo comencé el negocio y ya llevó trece años, y siempre he estado en el mismo sitio”

Si bien este yerbatero-curandero reconoce la existencia de cierto don particular –tanto en él como en los auténticos sanadores-, pone el énfasis en el desarrollo de las habilidades curativas en el estudio y ejercicio constantes del complejo mundo del curanderismo. De esta manera –según él- se pueden controlar y canalizar las energías y poderes otorgados por los espíritus, por los “hermanos” y santos benefactores. Uno de los elementos claves para *ordenar* los distintos campos energéticos y materias espiritistas, a las cuales se recurre en los procesos terapéuticos consiste en el rezo. En realidad, para José Gregorio el poder viene dado por el rezo, el cual acompañado de otros mediadores tanto materiales como simbólicos, produce efectos positivos en la recuperación de la salud física y mental.

“Este es un mundo real (el de las energías y los espíritus), donde estas personas llegan “me duele la cabeza”, y yo me sé las oraciones desde niño y empezaba a orarle a las personas y se siente la energía, se siente que tienes como un imán. Pero, primero que todo tienes que hacerlo es con fe: si no crees que lo vas a curar, no lo hagas; pero de estas situaciones hay que cuidarse porque hay energías, átomos... y cuando uno limpia ciertas personas con la mera oración eso es algo grande, sagrado. Las plantas y los aceites también ayudan para la fuerza. *Pero el poder lo tiene es el rezo porque el resto por si solo no sirve pa' ná.*

Aquí se ofrecen rezos, son muy efectivos cuando la gente cree; se hacen baños, pero se cuida uno mucho de no mandar medicinas en ciertos casos; una vaina son la pastillas de medicina natural y otra son las plantas. A las personas que sufren trastornos, para recuperarlos de la debilidad mental se le manda el Cidrón, el Romero, y el diente de león que hasta pa' los ancianos se usa. Entonces se indica la forma de prepararlo, son dosis pequeñas. Los rezos, por ejemplo, llevan oraciones, como rezar un niño. Por ejemplo, un cura reza un Padre Nuestro, un ave María, mientras que un no. Se está con los santos San José, San Gabriel: la oración es muy diferente. Todo el que viene aquí con un niño con mal de ojo se le cura: es efectivo porque al día siguiente vienen contentos “ya comió” dicen...

[...] son rezos normales. Rezos cristianos, rezos viejos de la época de los abuelitos. Digamos que no es de la iglesia católica, no. Son rezos que llevan santos de la iglesia católica, nombran a Dios pero no tiene nada que ver con la iglesia. Digamos, a José Gregorio Hernández y Maria Lionza los utilizan los

esotéricos, o sea los que bajan espíritus al cuerpo. Lo usan a él pero a él no le gusta eso. O sea, se supone que en nuestra religión quien llama, ya no es San Gregorio que llega, llega otro San Gregorio que hace las curas, en ese grupo de personas. San Gregorio, el bueno, que no lo han canonizado precisamente porque en Venezuela se dedicaron los esotéricos a utilizarlo; Entonces, por eso no lo han querido canonizar. Y de Maria Lionza tiene hasta una montaña, hay un centro allá (Venezuela), una alberca donde tiran monedas, se bañan. Aquí también la usan, tanto el embustero como el verdadero”.

De nuevo, en la concepción, definición y tratamiento de la locura, o ciertos estados que involucran una “pérdida de mente” aparecen cuerpos y enfermedades atravesados por la cultura, inmersos en un sistema de representaciones compartidas y de mediadores simbólicos, que posibilitan y legitiman tanto síntomas como padecimientos, reconocidos social y culturalmente (Pedersen, 1989; Garay y Pinzón, 1993).

Esto, a la vez, permite que el modelo explicativo del sistema médico popular obtenga las validaciones necesarias para responder, aliviar y dar soluciones médicas, mediante conocimientos y técnicas de curación específicos. A partir de la doble perspectiva de la antropología médica y la antropología religiosa, Laplantine (1989: 667) resalta cómo desde el campo epistemológico de los sistemas al margen u opuestos a una medicina oficial, trascienden el hecho médico a través de una intensa elaboración simbólica, y donde “los sistemas de interpretación [...] ponen en juego una lógica de la maldad y de la mala suerte, de las cuales la enfermedad no es más que un caso particular; y los sistemas de intervención que son puestos en acción no solamente responden a una demanda somática y psicológica de curación, sino también a una demanda social de subsistencia”. Además, es posible observar la intención –sigue anotando Laplantine- de una especie de “racionalización” de los procedimientos, en la cual la aproximación inicial al enfermo persigue las formalidades similares al discurso religioso, o al modelo del médico profesional.

Veamos ahora, en palabras del curandero José Gregorio, la forma de concebir, y de paso introducir distintas dimensiones –orgánica, emocional, sociocultural- en la configuración del cuadro de morbilidad para los casos de locura:

“Es esa persona (el loco) que desde el mismo útero ya viene con una debilidad. Después la mala alimentación, mala crianza, los problemas. Entonces, cuando llegan a una emoción fuerte en cierta edad de su vida se les “rueda el casete”: y eso se comprueba con el rezo. *Hay muchas personas que*

están internadas y no es de locura; lo que pasa es que no hay la creencia: han llevado a la persona a tanto sitio y no la han podido curar, y lo que pasa es que eso crea confusión en las personas.

A la gente por lo general –que es lo yo no estoy de acuerdo con los espiritistas, con los brujos, eso si existe y es realidad que fulano echó- echan por maldad, rabia, por envidia, celos... tantos motivos del ser humano. Pero hay personas que no hay necesidad que le echen nada, sino que los cogió porque son espíritus que paran vagando y están buscando un cuerpo”.

“A mi me gustaría ayudar a la gente en ese sistema, porque mucha gente como dice uno vulgarmente “el balín se le rodó”, se quedan fijos y permanecen como locos; por eso es que los dopan tanto; algunos se curan pero la mayoría permanecen dopados, Cuando se alteran los nervios tenemos fórmulas tan sencillas que son tres cogollitos de Mango y una hojita de Guanábana tres veces al día... también sirve pa’ los nervios la Valeriana, Pasiflora y el Cidrón, que son plantas que controlan a las personas muy nerviosas.

Yo pienso que uno persona que anda así alterada de los nervios no es peligrosa, porque cualquier problema se presenta y se te altera la neura, pero el neurasténico se le pasa “la piedra”, se calma.

Dada la multiplicidad de variantes, tipologías, manifestaciones y modalidades de tratamientos a la hora de identificar y reconocer los ejes causales de los padecimientos mentales, asimismo se van fijando las estrategias y espacios donde van actuar los distintos agentes del sistema médico popular, encauzando el recorrido del enfermo por la estructura asistencial. Una vez traspasado el umbral -del malestar y los cuidados domésticos- e iniciada la trayectoria terapéutica, el sufrimiento es *absorbido* por el curador, acorde con el modelo interpretativo y donde las expectativas de curación y las acciones implementadas, van a estar revestidas tanto de elementos técnicos como de los aspectos mágico-religiosos que, de manera conjunta, están presentes en el proceso terapéutico del curanderismo urbano en la ciudad de Santa Marta.

**Tabla 4. Agentes terapéuticos populares identificados
y relacionados con el tratamiento de la locura
en la ciudad de Santa Marta**

	Enfermedades que trata	Prácticas	Terapéutica
Curandero	Casos generales de “pérdida de mente” o de locura por: <ul style="list-style-type: none"> • Posesión • Embrujos • Frío de muerto • Susto • Nerviosismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Rituales de despojo • Imposición de manos • Lectura de tabaco • Incorporación de espíritus de poder 	<ul style="list-style-type: none"> • Purga o “limpias” • Baños, brebajes y remedios • Ritules de sanación En el proceso terapéutico se acude a los “hermanos de poder” (p.e. María Lionza, Negro Francisco, entre otros)
Yerbatero-curandero	<ul style="list-style-type: none"> • Males “supuestos” (energías negativas) • Mal de ojo • embrujos • Susto • Nerviosismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Rezos • Velaciones • Unción con sales y aceites • Rituales de despojo 	<ul style="list-style-type: none"> • Baños y remedios de su propia preparación a base de plantas, yerbas y aceites. • Purga o “limpias” • Sanación por la oración • Tratamiento de revitalización física y espiritual Puede remitir al médium- espiritista
Médium –espiritista	<ul style="list-style-type: none"> • Posesión (por espíritus) • Embrujos (por acción maligna o “mal echado”) 	La práctica por definición es el Exorcismo	<ul style="list-style-type: none"> • Rituales de despojo • Rituales de velación Puede remitir al yerbatero o al curandero para tratamiento de revitalización
Alternativo	<ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo • Neurosis • Histeria • Debilidad mental 	Principalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia, • Hipnoterapia • Irisdiología 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento integral con medicina natural • Terapia psicológica

Fuente: trabajo de campo. 2005

3.3.2. Prácticas y terapéuticas

Luego de exponer, en la tabla anterior, una tipología de los curanderos identificados -en este trabajo- en la ciudad de Santa Marta, pasemos a considerar algunos procedimientos y técnicas de curación en aquellas circunstancias en que la salud mental del enfermo se ha visto involucrada. Dada la diversidad en la demanda de las prácticas curanderiles, cada uno de estos agentes ha ido adecuando sus habilidades y facultades curativas, con ciertos grados de especialización como forma de responder a la heterogeneidad de los requerimientos. De igual forma, se describe aquí lo concerniente a modos de atención y consulta, las estrategias comunicativas y el aprovechamiento de las actitudes devocionales de los usuarios, en beneficio de la eficacia simbólica del proceso terapéutico.

Ya hemos visto cómo en las concepciones e interpretaciones de los padecimientos mentales, a partir de los relatos anteriores de los curanderos locales, pueden intervenir como factores de riesgo diversas acciones y causas externas al individuo, las cuales pueden dirigirse al cuerpo, a la mente o el espíritu de la persona, que pueden revestir elementos de tipo natural o sobrenatural, místico o mágicos. De tal manera que las acciones maléficas o estados morbosos, clasificados en el sistema médico popular, pueden derivar en locura, nerviosismo u otros trastornos de la mente.

Ahora bien, cuando la perturbación mental o un estado de locura es por *efecto* de una acción maléfica dirigida, el cuadro de enfermedad es mucho más complejo y requiere de tratamientos de mayor duración, y de rituales de sanación que exigen un mayor concurso de las energías y poderes del curandero: por ejemplo, en estos casos se configuran episodios de posesión y embrujos, donde la participación de lo sobrenatural es determinante. Igualmente, aquí es factible que se necesite de la participación de varios saberes expertos una vez se ha identificado la procedencia del “mal echado” y sus posibles motivos: así, es posible que primero se acuda al curandero, y si al cabo de un tiempo vuelve a manifestarse el mal o persistan las perturbaciones mentales, se buscará la intervención de un médium para un ritual de exorcismo.

En este orden, si a los padecimientos se le atribuyen causas “naturales” como, por ejemplo, la debilidad mental debido a problemas en la gestación, mala alimentación, o psicológicos, tal condición hace susceptible a la persona a “coger males o espíritus”. En estos casos prima el diagnóstico de la debilidad mental, ya que si existiese posesión del cuerpo, ésta no obedece a una acción maléfica dirigida hacia esa persona, sino que más bien es dada por su condición frágil producto de su constitución física y emocional, vicios y “malos hábitos” de vida, quedando así constantemente expuesta en este mundo de las energías positivas y negativas, y de los espíritus ambulantes.

También se consideran en esta categoría los casos de *susto*, producidos por un evento traumático desencadenante de un desequilibrio físico y mental; el *nerviosismo*, donde participa la dimensión psicológica de la persona, comprometida también por la eventualidad de experiencias traumáticas, y cuyo efectos se manifiestan en un estado morbooso que implica el mal funcionamiento del sistema nervioso central, con graves consecuencias para la ecuanimidad de la persona, ocasionando episodios delirantes.

Ciertamente, establecer y categorizar estos distintos estados de morbilidad, propios del sistema popular, no es una labor sencilla para el investigador: una aproximación analítica más o menos acertada, supone una cabal comprensión de los presupuestos contenidos en las representaciones de salud y enfermedad mental, de los modelos explicativos que de allí se generan, así como de la dinámica curador-paciente con profundos niveles de proximidad social y cultural, y que tiene especial relevancia al momento de atribuir sentidos y significados durante todo el proceso terapéutico.

Por su lado, el curandero en sus pesquisas iniciales, y apoyado en su mirada entrenada producto del ejercicio de su profesión, se concentra en aquellos indicios que lo guían por los vericuetos sintomáticos: entre los más notables, observables por el curandero a partir de las condiciones en que llega el enfermo a consulta, se destacan los aspectos comportamentales como el grado de excitación o alteración, algunos gestos y posturas

corporales que denoten inquietud, ansiedad; “mirada perdida”, atención y habla dispersas. Del lado de la afectación del cuerpo aparecen mareos, dolor de cabeza; problemas estomacales, pérdida de apetito y debilidad física. Además de estas señales percibidas por el curandero, son frecuentes en el enfermo expresiones como “siento picazón en la cabeza”, “no sé que me pasa”, “estoy mal de los nervios”. También pueden referirse a órganos o partes concretas del cuerpo: “tengo algo en el estómago”, expresiones del tipo “me duele el pecho” o “no siento el cuerpo” (José Gregorio Toscano).

“Una vez cogí a una señora y la recé. Le pregunté que sentía, cuando me dijo me di cuenta que era un mal “supuesto” y se manifestaba era así, o sea con vómitos. Total que yo le di un purgante y eso botó cantidad de parásitos hasta que se alivio. Duró como una semana bien y después me dijo “otra vez José”, bueno yo le dije “la cura está en la iglesia”: la lleve donde una amiga mía muy buena, y después la mandé a la iglesia: se ponía mal, iba a la iglesia y cuando salía estaba superbien, pero como los curas de la Iglesia San Francisco son escépticos y el de Manzanares (barrio popular) ella se fue a buscarlo pero nunca lo encontraba, porque así les pasa a las personas que tiene algo, hay algo que nos las deja, no las ubica; siempre algo les impide porque no encuentran al curandero que las va a curá...”

(José Gregorio Toscano)

“[...] los pacientes llegan por recomendación. Porque de pronto hay personas que ya han sido atendidas, y ven a esa persona en la angustia en que está y le dicen “mira yo conozco a una doctora, llévenlo allá donde ella, que ella me curó a mí, o a un familiar, un conocido...”

[...] se le manifiesta (el mal) con unos mareos, la vista oscura; en otros pacientes puede ser el sistema nervioso alterado; en otros o estos mismos puede ser que se sienten atormentados, sientes voces que les hablan, que le dicen cosas que no deben hacer

En el momento en que yo veo y notó que el paciente está poseído, le pregunto al paciente ¿qué siente usted en este momento?. Al paciente directamente no se le puede decir los problemas que tiene, hay que buscar un familiar y mirar que ese familiar sea una persona serena [...] luego sometemos al paciente inmediatamente a un tratamiento, yo siempre recomiendo nunca hacer tratamientos o trabajos por posesión que sean dentro de la casa (del poseído) porque esas malas energías van llegando y quedando ahí, y le va a afectar al resto de la familia o a las que estén habitando la casa; tampoco acostumbro hacerlo en mi casa por la misma razón, además por ética profesional uno no debe hacerlo

Entonces, se debe hacer en un lugar apartado, debe ser en un río, donde haya agua que corra, llevar a ese paciente y someterlo al tratamiento; este tratamiento no sólo es externo sino también va a ser interno: ya vienen las limpiezas internas porque hay que trabajar también el sistema digestivo, tu sabes que son partículas que van quedando internamente y van también dañando los órganos”.

(Reyes Rodríguez)

Una clara diferenciación de los ejes causales de padecimientos mentales resulta fundamental a la hora de encauzar la trayectoria terapéutica por las soluciones efectivas. Así, en los casos de brujería aparecen dos modalidades: la posesión brujesca, cuyo rasgo característico radica en la incorporación en el cuerpo de un espíritu con intenciones maléficas, generando confusión y perturbación mental considerables. Los embrujos, procedentes también de acciones malignas dirigidas, aunque no necesariamente incluyen la posesión o encarnación del espíritu: es decir el “mal echado” puede alojarse en un órgano determinado y desde ahí ejercer su influencia negativa. Esta última modalidad la relacionan, los curanderos locales, con aquellos casos donde la causa o signos de enfermedad no son resueltos por la medicina moderna. Aunque de manera colateral, pueda afectarse la salud mental del enfermo, aquí el tratamiento se centra en el órgano comprometido, que actúa como epicentro del mal.

El *susto*, como enfermedad sociocultural, es definido como un estado morboso a consecuencia de un hecho altamente perturbador, y manifestado a través de la falta de ánimo, inquietud, falta de apetito y el consecuente debilitamiento físico; como eje causal puede presentar múltiples variantes. No obstante, por lo general “un diagnóstico de susto se deriva de una discusión de los síntomas y de si el paciente, o miembros de su familia directa, pueden recordar de algún momento pasado, alguna ocurrencia o circunstancia que pudiese llamarse susto. La duración del tiempo transcurrido entre el supuesto hecho aterrador y el comienzo de los síntomas no importa; lo que se necesita es algún hecho pasado que dé apoyo etiológico al diagnóstico de susto” (Rubel, O’Neill y Collado, 1995: 75).

Estar *asustado* se caracteriza por la sensación constante de miedo y ser sujeto de persecución: en algunos casos el temor puede ser hacia una presencia indeterminada; en otros, hacia una materia o situación concreta, generando en el enfermo una situación de aislamiento progresivo como medida de protección. Los curanderos locales clasifican el susto entre los denominados “males supuestos”. Más adelante se expone, de forma pormenorizada, el testimonio de un cuadro de susto desde la perspectiva de los familiares.

Muy cercano a las características del susto, encontramos el nerviosismo o “nervios”, el cual se configura entre los curanderos de la ciudad como el “mal supuesto” por antonomasia.

De hecho, su cuadro de enfermedad es bastante complejo y presenta múltiples aristas, debido a la dificultad que implica la determinación de su naturaleza, o dicho de otra forma, por su *naturaleza indeterminada*. Por ahora, anotemos que su principal rasgo es que todos los casos son tratados bajo la premisa de una alteración del sistema nervioso central, donde el proceso terapéutico tiene como eje central la revitalización espiritual del enfermo, mediante rituales de sanación por la oración y velación, complementados por baños y pócimas regenerativas. Ahora bien, si los rezos, la oración y los baños proporcionan gran parte del poder curativo dentro del curanderismo urbano local, desde la perspectiva del médico naturista o alternativo, su poder viene del lado de la hipnoterapia en el tratamiento de “los nervios”:

“Con el tratamiento de la hipnoterapia en dos meses podemos llegar a la sanación gracias a Dios; ahora, también depende mucho de la disposición de la paciente porque hay depresivos que realmente si necesitan de algunos medicamentos, pero nosotros específicamente no recomendamos fármacos porque lo único que hacen es drogar a la persona, más no atacan la causa en sí, el motivo de la enfermedad, que en este caso viene siendo el sistema nervioso. Ahora bien, como dije anteriormente que no todas las enfermedades mentales o del sistema nervioso son por el sistema nervioso central, porque una deficiencia de Fósforo, de Magnesio, Vitamina E puede ocasionar estos problemas de nerviosismo; igualmente el stress, las preocupaciones de una situación difícil, problemas conyugales todo esto conlleva a que haya una acumulación, toda esta carga de problemas encima, y afecta al sistema nervioso ocasionando una enfermedad mental”
(José Domínguez).

Por otra parte, en la configuración de enfermedades donde la participación de energías negativas es determinante, encontramos el Mal de ojo y el Frío de muerto. En palabras del yerbatero-curandero José Gregorio, el mal de ojo está relacionado especialmente con niños en contacto con una mirada fuerte o un humor malo de adulto; en su versión adulta se conoce como frío de muerto. También se conocen como “ficciones” y están referidas “a esa energía mala que todos tenemos”, pudiendo ser transmitida –consciente o inconscientemente- a otros. En su definición, el frío de muerto es “cuando a veces una

persona va al cementerio coge ese frío que no es malo, pero cuando la persona viene y llega a la casa son muy diferentes los ambientes, llega a la casa y lo transmite: o sea cada vaina tiene su secreto”.

Luego de las valoraciones significativas correspondientes, se procede a las técnicas y procedimientos terapéuticos propiamente dicho. Las cuales incluyen una adecuada preparación tanto del paciente como del curador: preparación física y mental, ya que ocurre un desgaste importante para ambos en las prolongadas sesiones de sanación:

“yo preparo al paciente, me preparo yo también. La preparación es hacerle un cruce, es decir, cogemos al paciente y le decimos “en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo”; el paciente en ese momento está consciente pero en el momento en que nosotros a rezarle y ponerle las oraciones ya el espíritu comienza a rebeldizarse, comienza a actuar, o sea el paciente comienza a hablar cosas incoherentes inconscientemente, no las está diciendo él sino es la parte interna.

Los rezos y cruces son de la iglesia católica, eso es católico. Cuando se hace el cruce comenzamos entonces a trabajar al paciente, en este momento ya el paciente se siente bastante agotado, por ejemplo llevamos una hora u hora y media; dejamos al paciente descansar y lo dejamos para el otro día. Al día siguiente volvemos a trabajar al mismo sitio: cuando hemos llegado a un acuerdo con el espíritu (porque hay que hacer un acuerdo entre ese espíritu y la persona que lo está trabajando), entonces el espíritu comienza a negociar, ¿qué puede pedir?

Puede pedir misa, porque quiere paz y tranquilidad; pide tres misas, siete misas. Entonces se lleva a la persona poseída a misa para que la escuche y el espíritu vea que se le está cumpliendo. La misa se le dedica al espíritu porque a través del cuerpo de esa persona que está poseída, el espíritu dice su nombre, quién es, quién lo envió y hasta quién hizo el trabajo, cuanto le pagaron; comienza enseguida a hablar. Ahí comenzamos a negociar con él, lo que pida y donde él lo diga: por ejemplo si quiere la misa en la catedral pues así debe ser; si pide con flores blancas o toda la iglesia adornada con flores tiene que ser así. ¿Quién paga todo eso? El familiar del paciente, pues tu sabes que cuando un familiar o el mismo paciente quiere curarse busca la forma, la manera de pagar para encontrar la forma de quedar libre”.

También pueden pedir dependiendo de lo que le haya gustado a la persona en vida (cuerpo original), muchas veces cuando la persona ha sido fumadora, te pide llevarle un paquete de cigarrillos a la tumba; pide sacar los cigarrillos del paquete y se los riegue encima de la tumba, y le pongas una caja de fósforos. Pero por lo general ellos piden son las misas”.

(Reyes Rodríguez).

Estas sesiones se suceden durante varios días y noches, intercalados por periodos cortos de descanso, seguidos por una intensificación del ritual de despojo y velaciones, hasta lograr el debilitamiento y expulsión del espíritu encarnado. En esta instancia, la trayectoria terapéutica del enfermo se encuentra en una fase crucial, ya que la relación médium-

poseído se estrecha a tal punto que se establece una especie de *lazo simbólico*, mediante el cual se aúnan las expectativas y credibilidad del enfermo en los procedimientos, los efectos que en la curación puedan tener los elementos mágico-religiosos incluidos —en este caso— por la curandera, así como la experiencia inter-subjetiva de los actores; esto al lado de un conocimiento progresivo por parte de la curandera de las manifestaciones, expresiones y respuestas físicas y emocionales de su paciente, que redundan en la definición e implementación de estrategias curativas específicas.

Además, uno de los aspectos importantes en este punto del ritual exorcista, ha sido identificar los alcances y poderío del mal, en aras de aplicar las “contras” precisas. Pero ¿qué pasa con la salud mental del enfermo, dimensión que nos ocupa? Según los testimonios de la curandera, algunos pacientes pueden presentar un deterioro o incremento transitorios de la perturbación mental —recuperándose al final del tratamiento—, durante ciertas fases del proceso terapéutico, producto del intenso “forcejeo” que se está librando en su cuerpo y que no sólo tiene la finalidad de exorcizar “el maligno”, sino también la recuperación del alma y la voluntad perdidas, que lo han sumido en un total estado de enajenación y confusión mental.

De esta forma, se van configurando, en la práctica, aquellos elementos presentes en el discurso curanderil. Al respecto, Laplantine anota cómo en las sociedades se diseñan estrategias para controlar y dominar el desorden, sea biológico, psicológico o social. En este sentido, surgen como fuentes de poder, la religión en tanto sistema organizado de creencias y ritos, y que exige una sumisión a sus poderes absolutos; la ciencia, que a través de un determinismo natural, y de su método experimental actúa como ordenador de la realidad; por último, aparece la magia, cuyo principio ordenador radica en la capacidad de manipulación de fuerzas a través de la iniciación, y que busca cierto equilibrio entre la naturaleza, el hombre y su cultura. Su poder entonces está en su actitud transgresora de los valores religiosos como de las leyes científicas²⁶.

²⁶ Laplantine, F. *Op.cit.*, p.p. 669.

“en el momento en que estamos trabajando, para que al paciente no lo sigan molestando (estamos trabajando de día) y en la noche, cuando está durmiendo le coloco un altar, le monto una velación: colocamos alrededor de la cama una cinta como si fuera más bien un círculo, para que el paciente sienta que está totalmente cubierto y no está al aire ni a la deriva, de que de pronto llegué el maligno y vaya atacarlo nuevamente, o sea *es una protección que le estoy dando*

El paso a seguir luego de la protección es la protección interna, ya lo que se le da a tomar, una aseguranza, ya de ahí no tiene ninguna clase de peligro de que más adelante le vuelva a dar; esa aseguranza dura siete años, aunque dependiendo también de la conducta que tenga el paciente. Al darle esta inmunización, esto se le prepara con plantas, con brandy, vino blanco y vino para misa; y es algo que mientras el paciente lo está tomando es como si estuviera tomando el cuerpo de Cristo, la sangre de Cristo; al mismo tiempo se está bañando con la sangre de Cristo, es una protección que va a llevar, todo es la fe que se le ponga. Esa es la parte final del tratamiento.

Pero encima de eso, le mandamos también un tratamiento interno donde van las vitaminas, los reconstituyentes; por que esa persona cuando estuvo poseída perdió mucha vitalidad, mucha fuerza; los signos vitales se van debilitando; entonces, hay que trabajar por eso a la persona con reconstituyentes, *porque no se puede trabajar sólo a nivel físico sino también a nivel interno, y a nivel mental, porque el paciente queda con cierto trance psicológico*; entonces hay que trabajarlo una semana ya después se comienza a hacer una terapia.

En una terapia verbal, y ya el paciente empieza a hablar, a decir que vivió una experiencia amarga, muy triste, muy negra, en que no quisiera que otra persona le vuelva a suceder lo que él vivió en su cuerpo.

[...] él vuelve a estar consciente, porque lo que pasa es que tu llegas ahora, en este momento, normal y vienes y dialogas conmigo, y me dices: “mire yo quiero que usted me ayude, yo me siento mal”; ahí hablas tú, estás consciente de lo que estás diciendo; ya llega el momento en que yo comienzo a trabajarte y tu pierdes el conocimiento; ya es el espíritu el que entra en diálogo y pelea conmigo, porque es una lucha lo que hay entre un espíritu y yo, el iría no a pelear conmigo sino con mi parte interna”.

(Reyes Rodríguez)

Si bien en el relato anterior el ritual de velación adquiere primordialmente una función protectora, tanto los rituales de despojo como las velaciones están lejos de responder a una uniformidad de un curandero a otro, en lo relativo a su parafernalia material y simbólica: aunque la base interpretativa y la práctica en sí dan cuenta de un mismo modelo explicativo de enfermedad, cada curandero acude a su técnica particular, a mediadores simbólicos y “hermanos de poder” con los cuales se sienta mejor identificado y seguro. Cuando se recurre a dichos rituales de sanación -con todo y las variantes que se presentan en el medio local-, estos actúan a la manera de hilos conductores de la experiencia, siempre que entran a articular aquellos elementos técnicos representados en la acción médica sobre el cuerpo, con la esfera de lo religioso, ligada ésta última a la recuperación del alma por vía de la

consagración devocional, a las fuerzas de los santos benefactores invocados durante el ritual, y que permitan el regreso del sosiego y la lucidez perdidos. Y es que el ritual, además de sus evidentes connotaciones simbólicas, opera también como un puente entre las expectativas sociales de curación y las acciones *efectivas* que se supone lleve a cabo el curandero.

Así, la fuerza del ritual reside justamente en “una explicación trascendente del cosmos y de la sociedad humana, y la canalización y el modelamiento de la expresividad emocional” (Uribe, 1998: 40). No obstante, el mismo Uribe nos advierte del hecho que “cualquier intento de reducir la dimensión ritual de la vida meramente a lo intelectual, o a lo simbólico, o a lo expresivo o a lo emocional, está condenado a menospreciarla de manera seria. En su complejidad, el ritual es todo eso, y más. He ahí su poder de seducción en la locura”.



Fig. 12. el “hermano de poder” Negro Felipe



Fig. 13. la “hermana de poder” Maria Lionza

En el plano etnográfico, y a pesar de las diferencias observadas, las velaciones consisten en acostar –en el suelo o en una cama- al enfermo con los brazos y piernas extendidos, al interior de un círculo franqueado por velones grandes encendidos (amarillos, azules o blancos), en un espacio del consultorio o local, previamente preparado y dispuesto para tales fines; luego se procede a la utilización de yerbas, sales y aceites, simultáneamente se

dicen oraciones y rezos que aluden a santos católicos o a los “hermanos de poder”, y cuyas imágenes reposan en un altar colocado muy cerca del círculo propiciador. Los preparativos y puesta en escena velatorias, buscan generar un espacio ceremonial, que permita una atmósfera capaz de afectar al enfermo a nivel sensorial de manera significativa, lo que se intensifica con los episodios extáticos del curandero: no obstante los curanderos consultados y observados en acción terapéutica, recalcan el estado inconsciente del enfermo durante gran parte de los procedimientos mágico-religiosos, lo cual puede estar relacionado con el alto poder sugestivo del curandero, en la medida que se busca cierto grado de interiorización de la experiencia en el enfermo. Se trata entonces –a mi juicio- de una especie de *mimesis* inter-subjetiva, donde cada una de las partes responde por la consolidación simbólica del ritual.

Las velaciones oscilan entre una o dos horas, y su intensidad, periodicidad y sesiones requeridas dependen en gran medida de las vicisitudes propias de la curación. Este esquema antes descrito forma parte de las disposiciones y procedimientos curativos del curandero José Gregorio Toscano; asimismo, el espacio aludido y que hace las veces de santuario, se halla ubicado al fondo de su herboristería, totalmente apartado del área de atención al público; eventualmente también puede ser utilizado para la lectura de cartas. Para él, las velaciones, además de ser parte constituyentes de trabajos de despojo, son efectivos también en las “limpias” o purificaciones espirituales, es decir, no siempre debe mediar un trabajo de exorcismo para llevarlas a cabo. A diferencia de la curandera Reyes, José Gregorio no tiene inconvenientes en realizar trabajos en la casa de los enfermos, solo que –según él- es necesario tomar las medidas pertinentes como por ejemplo, rociar agua bendita para que el espíritu no deambule más en cercanía del enfermo.

“si la persona está poseída, uno la tira al suelo para poderla trabajar, se deja en ropa interior para ir untándole la sal, siete limones partidos en cruz, uno los arregla (al paciente): uno les mete la oración, el exorcismo y empieza a restregarlo desde los pies y va subiendo uno lentamente, y le va hablando al espíritu con fortaleza: “desocupa este cuerpo, déjalo libre”. Entonces, se sigue hablando y va subiendo lentamente uno... cuando ya va por el abdomen uno ve como el abdomen se sube y se baja, y es cuando la persona empieza a tirar palabra que es lo que uno tiene que intentar, que abra la boca y hable porque ellos en esos momentos sale toda la energía que tienen (los espíritus), porque ellos ya ven que los está quemando el limón con la sal; la sal tiene que estar preparada por el cura, porque el padre tiene un

poder diferente al de nosotros, hay una consagración muy directa hacia Dios, no es que Dios nos esté despreciando sino que hay mas pureza, aunque a los curas hoy los llamen “sucios” pero de todos modos hay mas pureza...

Entonces uno le empieza a dar con el fin de que hable, y hasta uno le dice plebedades; entonces uno va subiendo y cuando el espíritu ya está forzado a hablar cualquier cosa, ahí tiene uno el aceite de oliva y cuando la persona abre la boca uno le embute el aceite; en esos momentos la persona está inconsciente, ella no sabe lo que está pasando: y es cuando el espíritu encuentra un choque entre tu que estás subiendo y empiezan a rebeldizarse feo, y orando y rezando al fin tu ves como esa persona, por lo general pasa como en las clínicas cuando le ponen los choques eléctricos y esa persona queda como privada.

Tu terminas de limpiarla, riegas agua bendita porque el espíritu salió y se puede quedá y escogé otro cuerpo, por lo general el de una persona débil. Esas personas que tuvieron espíritus hay que mandarles tratamiento de revitalización del cuerpo, porque eso es una materia que le está consumiendo su energía; entonces, ya entra uno como botánico: lo primero como curandero y después como botánico, se complementan. Pero lo primero es el rezo: por ejemplo, que está sollao, yo alcanzo a percibir las auras limpias o sucias. En la experiencia uno alcanza a percibir de todas maneras uno recoge esa energía...”

(José Gregorio Toscano).

Los avatares de la enfermedad y de las trayectorias como tal, en el sistema médico popular, comprenden unas puntualidades que bien vale la pena resaltar. Después del forzoso encuadramiento de la experiencia subjetiva de la enfermedad al propio modelo explicativo, los distintos campos que lo sustentan –al modelo- adquieren su plena dimensión y significación en la trayectoria terapéutica. Lo que en el contexto de la racionalidad moderna, característica de la biomedicina aparece en franca oposición, el sistema popular se esfuerza en darle un carácter de conjunción y complemento: y es lo referido al entrelazamiento de cuerpo y espíritu; del campo médico con lo mágico-religioso, la estratégica conversión de aquello natural a la dimensión cultural, donde subyace toda circunstancia de salud- enfermedad y atención, en tanto construcción que incluye factores históricos, políticos, económicos y sociales. De ahí que otra de las características propias del curanderismo urbano en la ciudad de Santa Marta, sea precisamente el desbordamiento de estos campos interpretativos.

Una estrategia comprensible y plenamente justificada, en la medida que ello le permite, por una parte, obtener la legitimidad y validación requeridos para su quehacer asistencial, a partir de la atribución de sentidos y significados; por otra, le permite también una

integración eficaz del sistema, en la medida que lo dota de la *coherencia* entre saberes, agentes e instituciones que, como se menciona arriba, resultan ser los pilares fundamentales de todo sistema médico, en el escenario y pugna permanente por erigirse como opción a la hora de prevenir, tratar y curar los distintos padecimientos.

Salmo contra la locura o la melancolía

Salmo 15

Reza este Salmo con la oración correspondiente para librarte de la locura, melancolía o espíritus malignos, y di el nombre de Lali, que quiere decir: Señor Mío o el Señor también es mío, sobre una vasija nueva llena con agua del pozo que se ha sacado especialmente para este propósito, y se baña con esta agua el cuerpo del enfermo. La oración que debe decirse mientras se hace el bañado, es la siguiente: Sea tu voluntad, Oh Dios, devolver a N., hijo de R., que ha perdido la razón y está dolorosamente poseionado por el diablo, y aclara su mente por la gracia del santo nombre de Lali. Amén.-Selah

(Tomado de C. Almena Barrios. S.f. Secretos de los Salmos. Extractos cabalísticos traducidos por el autor).

3.4. Integralidad del sistema

Revisemos ahora aquellos determinantes que hacen posible la elección, acceso y tránsito por los sistemas médicos popular y oficial, como parte de las estrategias implementadas por los enfermos y sus familiares, para solucionar un padecimiento mental. En este sentido, he tomado en cuenta los factores que, de una u otra manera, inciden en la definición de una trayectoria terapéutica, así como la selección de un determinado tratamiento a la enfermedad. Así, introducir la perspectiva del paciente y sus familias –en la elección y toma de decisiones- no sólo es necesario, sino también acertado siempre que nos ayuda a averiguar la percepción, accesos y expectativas que se tienen de los sistemas oficial y popular en tanto alternativas médicas existentes en nuestro medio. De tal manera que si pensamos en trayectorias, el primer interrogante que salta a la vista tiene que ver con tomar la decisión –por cierto, nada sencillo cuando se presume un trastorno mental- de buscar

soluciones más allá del ámbito doméstico, lo que indefectiblemente configura la condición de enfermo, sea en términos de paciente mental, de poseído o nervioso: lo cierto es que se activan las redes sociales de construcción y reconocimiento de un estado morbosos, el cual debe ser tratado y, en lo posible, curado. Pero ¿cómo se toma la decisión de enfilarse las expectativas de curación hacia el hospital o el espacio ritualizado del curandero?, ¿qué lo determina?, y una vez establecido esto ¿cuál es el comportamiento de la trayectoria: estática y definitiva, o móvil y transitoria?. Veamos.

3.4.1. Elección

Ante la inminencia de enfermedad, sobre todo en aquellas situaciones donde interviene un trastorno mental, y especialmente en las clases populares, la familia rodea al enfermo en una especie de círculo protector frente a una situación signada por la incertidumbre, por las preocupaciones y el temor que genera la eventualidad de “volverse loco”. De hecho, en Santa Marta usualmente la familia y los vínculos de parentesco tienen una gran influencia en la toma de decisiones respecto a una salida terapéutica que ayude a resolver la circunstancia individual del enfermo, así como permitir el regreso de la tranquilidad al seno familiar.

Los indicadores más frecuentes que motivan la presunción de un desvarío mental están ligados a una repentina aparición de lenguaje incoherente: “habla locuras” o “habla necedades”; y ciertos estados de irritabilidad que pueden derivar en una agresividad inusual en la persona afectada. Además, al presentarse un aislamiento progresivo del enfermo, esto puede tomarse como señales de depresión: estado mórbido cuya concepción popular está relacionada con la tristeza, el llanto o la melancolía, y por ende, motivo de preocupación. La pérdida de apetito y algunos dolores localizados (en la cabeza, en el pecho) surgen también como aspectos significativos. De todas formas, a partir de las primeras manifestaciones se toman ciertas medidas domésticas que actúan como una suerte de paliativo mientras se tiene la esperanza de observar alguna mejoría. Las medidas previas

pueden consistir en consultas informales a facultativos médicos, averiguar por casos similares en la familia o cercanos a ella; o una revisión de la historia personal del afectado y sus posibles causas.

Una vez que la búsqueda formal de tratamiento médico se hace ineludible, las representaciones sociales de salud y de enfermedad mental juegan un rol decisivo. Por ejemplo, si se tiene un contacto más o menos frecuente con el sistema médico oficial, (*p.e.* en otras áreas como odontología, consulta externa, etc.), el hospital o la clínica se convierten en la alternativa terapéutica adecuada. Por el contrario, si el acceso a los servicios oficiales de salud han sido más bien escasos, sus recursos y respuestas han sido percibidos como ineficaces en situaciones anteriores; o se recurre con frecuencia a los agentes médicos populares, entonces se evita -o retarda- el ingreso al hospital, eludiendo, en lo posible, figuras específicas como la del psiquiatra, o en el peor de los casos la del internamiento, en tanto su correlación con el hecho de “estar loco”: figuras éstas muy vigentes en el imaginario colectivo de la ciudad, y que tienen una connotaciones más bien negativas.

Esto, de entrada pone de manifiesto la disyuntiva medicina popular o valoración psiquiátrica, que se genera a partir de la consideración de las manifestaciones de un trastorno mental, y cuya resolución se da en gran medida, como ya se ha dicho aquí, en el plano de las representaciones sociales de la enfermedad mental. Ahora bien, desde el punto de vista práctico, otro de los factores que frecuentemente tiene en cuenta la gente es el grado de accesibilidad a los sistemas en un momento dado, así como el tratamiento mismo: esto es más evidente en las políticas oficiales en salud, donde una medida clínica como el internamiento suele ser vista como perjudicial para paciente, desde la perspectiva de sus familiares, debido a que en tal situación, estos no pueden ejercer -al menos no como desearían- el abrigo y apoyo emocional que ellos consideran fundamental para la recuperación.

Aparte de las posibilidades antes mencionadas de ir directamente con el curandero, es factible que su búsqueda sea forzada por la reticencia propia del enfermo a continuar un tratamiento psiquiátrico, especialmente relacionada con cierto rechazo a tomar los medicamentos, y la poca estimación de los procedimientos institucionales como soluciones terapéuticas, e incluso por el hecho de asignar al padecimiento causas distintas a las descritas por el dictamen psiquiátrico.

Así, una vez instalados los padecimientos en un determinado marco interpretativo, lo que se espera son respuestas convincentes, pero ante todo *comprensibles*. La sensibilidad individual y social frente a los diagnósticos en el campo de la salud mental es sumamente compleja, en la medida que exigen cierta consonancia entre los aspectos objetivos y subjetivos que conforman estos cuadros de enfermedad, para ser plenamente aceptados, o en su defecto, rechazados. De tal forma que la *proximidad social y cultural* entre las nociones populares de enfermedad mental y el modelo explicativo propuesto, resulta decisivo a la hora de confirmar y afianzar la trayectoria terapéutica en un sistema dado. En el contexto del curanderismo, Urrea y Zapata (1992: 216) resaltan como “el curandero utiliza un lenguaje inmediatamente accesible a los sectores populares y les proporciona explicaciones que contienen representaciones de la enfermedad que despiertan alguna dimensión en el espíritu de las clases populares”. Esto contrasta con la verticalidad médico-paciente propuesta por la biomedicina, en ocasiones planteada en un lenguaje ajeno a la cotidianidad del enfermo.

Consideraciones como las aquí expuestas, de alguna manera permiten una aproximación a la complejidad de factores y circunstancias que inciden en la elección de un itinerario médico, a la vez que pueden dar cuenta de ciertas pautas de conducta en nuestro medio, a la hora de enfrentar y resolver un problema de salud mental, o ante la inminencia de un estado de locura.

3.4.2. Transitoriedad de la legitimidad

A pesar de que todos los esfuerzos que se llevan cabo en los procesos de atención médica descritos, apunten hacia una trayectoria del enfermo que culmine en la desaparición de los padecimientos o el alejamiento del mal, con la consecuente recuperación de la salud, infortunadamente esto no siempre es así.

En realidad, lo que las estadísticas nos muestran es precisamente la persistencia de las patologías, y en muchos casos su recrudecimiento; el incremento de los re-internamientos psiquiátricos en lapsos cada vez más cortos y pronunciados; la creciente oferta y demanda de las llamadas medicinas alternativas en situaciones relacionadas con la salud mental, cuya fortaleza radica justamente en la búsqueda de tratamientos distintos a los propuestos y aplicados por la biomedicina, por sectores sociales cada vez más diversos, y no sólo en el área de la salud mental sino en toda una gama de enfermedades; así como la diversificación y actualización de las prácticas curanderiles respecto a las exigencias curativas propias de los contextos urbanos. Circunstancias por demás agobiantes, y que colocan los intereses de curación y mantenimiento de la salud en un tránsito constante por las distintas opciones señaladas²⁷.

En este sentido, y desde la perspectiva de la antropología médica, su estudio y análisis en el marco de las dimensiones de salud, enfermedad y atención, remite a la revisión crítica de las políticas en salud pública, concretamente a aquellos programas de prevención y cuidado de la salud, ligados a las condiciones o estilos de vida de los sectores populares, y los aspectos epidemiológicos relacionados con el proceso. El eje de discusión entre las dos

²⁷ Más allá de lo estrictamente médico, desde distintos enfoques interdisciplinarios, se lanzan hipótesis sobre los distintos comportamientos sociales en el mundo contemporáneo occidental, en materia de salud-enfermedad. De manera más o menos consensuada, se atribuyen efectos negativos en la salud mental de la población a la azarosa vida moderna en las ciudades, la desbordada competencia en lo laboral y lo social, que redunde en reconocimiento y prestigio dentro de circuitos de presión socioeconómica cada vez más acuciantes; una de sus expresiones es lo que algunas corrientes filosóficas y de las ciencias sociales contemporáneas han convenido en llamar un “desencantamiento del mundo”, del ser y sus objetivos, cuyas consecuencias apenas pueden vislumbrarse.

disciplinas –antropología médica y epidemiología- en lo relativo a la salud mental, se encuentra en los llamados factores de riesgo; su distanciamiento viene dado por sus respectivas especificidades, y donde la incidencia de los factores socioculturales -en tanto riesgos de enfermedad- atribuidos por una y otra terminan prácticamente por radicalizarlas, por lo menos en lo que a sus campos epistemológicos y metodologías se refiere.

Sin embargo, aunque ambas pueden coincidir en reconocer la participación de unas determinadas condiciones de vida de los grupos sociales en la causalidad, desarrollo y control de diversos problemas de salud, la epidemiología tiende hacia el establecimiento de una historia natural de la enfermedad, mientras que el campo de la antropología médica, se apoya en su propuesta constructivista, esto es observar el proceso de salud-enfermedad y atención como una construcción social e histórica (Menéndez, 1998). De igual forma, Menéndez señala que en el proceso se reconoce la multicausalidad de la mayoría de los problemas de salud.

No obstante, las posiciones divergentes proceden de la descripción y análisis de los grupos sociales: desde el enfoque epidemiológico, estos son manejados como “agregados estadísticos”, es decir, “se trata de escindir la realidad social en múltiples variables sin articulación e interrelación de factores socioculturales del grupo”; por el contrario, la antropología médica “trata de no desagregar a lo grupos, ya que estos constituyen un tipo de unidad que expresa la articulación entre los individuos” (Menéndez, 1998: 5). Más allá de los riesgos específicos – que de hecho, son importantes- derivados de las condiciones y estilos de vida, o de cómo los sectores populares asuman e implementan acciones de prevención y curación de padecimientos mentales, basados en unas nociones de salud-enfermedad y atención, de lo que se trata justamente es de no separar comportamientos y tipologías para convertirlos en riesgos que, si bien puede servir para actuar sobre las conductas individuales, restringe las posibilidades de comprensión de los comportamientos, actitudes y toma de decisiones a nivel de los grupos sociales²⁸.

²⁸ La epidemiología se desarrolla hacia finales del siglo XIX. En un principio sus objetivos estaban centrados en las enfermedades de tipo infectocontagiosas, para luego dedicarse a la búsqueda de factores determinantes

De ahí que mi intención haya sido la de enmarcar la elección de un sistema médico dado, y las motivaciones de las personas para *transitar* en ellos, de acuerdo al cumplimiento o no de las expectativas curativas, no sólo en cuanto a circunstancias ocasionales sino que obedecen sobre todo a los aspectos constituyentes de las propias trayectorias terapéuticas, y que comprenden desde los umbrales de enfermedad, hasta las respuestas de los agentes e instituciones, respecto a la instrumentación técnica de tratamientos médicos disponibles.

y soluciones en un campo biológico mucho más amplio. De todas formas, sus investigaciones siempre han estado dominadas por la perspectiva biologicista, y aplicando una metodología que no incluye la descripción y significación de otro tipo de factores (Menendez, 1998: 2). En el campo específico de la salud mental, la epidemiología se concentra en establecer aquellos factores considerados de riesgo, relacionados principalmente con conductas adictivas como el alcoholismo y la fármacodependencia.

4. TRAYECTORIAS Y NARRATIVAS DE ENFERMEDAD

Este capítulo trata acerca de un conjunto de vivencias, observaciones e interpretaciones - que comprende tanto a aquellas personas involucradas en el proceso terapéutico, así como una aproximación analítica- a partir de narrativas de enfermedad mental y los distintos periplos o trayectorias, traumáticas en la mayoría de los casos, puestas en marcha en pos de la búsqueda de soluciones terapéuticas. Como es de esperarse, cada uno de estos relatos contienen sus particularidades y elementos significativos, que proceden principalmente de aquello que los enfermos y sus familiares creen, piensan y hacen respecto a los malestares y trastornos; lo cual permite una aproximación más o menos precisa a las percepciones, manifestaciones y síntomas que, luego de una compleja elaboración cultural en nuestro medio, se acude a unos modelos explicativos y las prácticas sociales correspondientes, como parte fundamental del recorrido terapéutico.

Para la obtención de la información se tuvo en cuenta la percepción y vivencias particulares de pacientes en internamiento psiquiátrico en el CRFT; así como la sala de consulta externa psiquiátrica de la misma institución; también se logró contactar curanderos, curanderas y yerbateros de la ciudad, que luego nos ponían en contacto con sus propios pacientes, a los cuales abordamos en sitios de la ciudad previamente acordados. La dinámica utilizada buscaba principalmente aquellos aspectos que pudieran dar cuenta tanto de las nociones de salud y enfermedad mental, como de aspectos puntuales propios de la trayectoria terapéutica: Aspectos referidos a los umbrales, toma de decisiones, acceso a los sistemas y tratamientos médicos. Asimismo, de ahí se desprenden datos o información concerniente a edades, ocupaciones, sitios de residencia, relaciones comunitarias, y los tiempos relativos de tratamiento médico o internamiento psiquiátrico, según el caso. Lo que se consigna aquí es, entonces, lo que a mi modo de ver representan ejemplos significativos

de los relatos y narrativas recopiladas, y que puede englobar los objetivos propuestos y señalados arriba.

Antes del registro y exposición de casos, he optado por explorar en las dimensiones e implicaciones de la narrativa como recurso metodológico, analítico, y las posibilidades que puede ofrecer en el campo antropológico, específicamente en lo que a las dimensiones de salud-enfermedad mental se refiere.

Al hablar de narrativas de enfermedad me refiero a ese flujo existencial que subyace en todos y cada uno de estos relatos, donde surgen incertidumbres y certezas; miedos y expectativas que van construyendo la experiencia misma de la enfermedad mental, cargada de significaciones, de múltiples aristas que nos pueden llevar desde la metáfora hasta la crudeza del padecimiento; lo que me interesa es justamente poner en situación a un sujeto social, en la trama misma de las relaciones generadas al interior de una aparente perturbación, de los conflictos surgidos a propósito de un fenómeno como la locura; y sujeto social en la medida que “la narrativa de enfermedad no representa un mero conocimiento personal. Las normas culturales y las expectativas sociales, en general, y las de la comunidad a la cual pertenece el paciente contribuyen a configurar su vivencia y el valor otorgado a su enfermedad” (Cortés, Uribe y Vázquez, 2005: 192).

De ahí que dichas narrativas se convierten en una instrumento adecuado para acercarnos - sin desconocer las circunstancias e implicaciones que de ahí se generan, es decir no se trata sólo de una mera instrumentalización- a una comprensión y reflexión en torno a una realidad vivida y sufrida:

“la narrativa provee de sentido a la enfermedad del paciente. Define cómo, por qué y de qué manera se encuentra enfermo. En el proceso terapéutico, la narrativa facilita el cuidado integral del paciente, es intrínsecamente curativa o paliativa y puede aportar alternativas terapéuticas nuevas. Las narrativas por sí mismas son terapéuticas. El hecho de “contar la historia” le permite al paciente liberarse de ella, exteriorizarla, lo cual genera una visión de sí mismo como alguien capaz de hacer escogencias y de tomar decisiones en relación con los problemas ligados al malestar” (Cortés, Uribe y Vázquez, 2005: 193).

En este sentido, un primer acercamiento nos conduce hacia la consideración de la narrativa en el contexto del proceso terapéutico, es decir la relación curador-paciente, y donde en últimas de lo que se trataría es precisamente descifrar una serie de signos y síntomas, que se configuran como tales en la medida que se hacen explícitos por la persona afectada, o por aquel círculo cercano capaz de detectarlos: “la narrativa es la forma fenomenológica en la que el paciente experimenta la salud o la enfermedad y por medio de la cual se promueve la empatía y, la relación terapeuta-paciente que permite la construcción de conocimiento”²⁹. No obstante, algo que se impone luego de este encuentro es el hecho del diagnóstico, y donde éste resulta ser -entre otras cosas- una *lectura paradigmática* del relato propiamente dicho. Me explico: en esta dimensión de la narrativa lo que *aparece* es la enfermedad, a través de los signos y/o síntomas descritos, o sea, por el lado del terapeuta se indaga por signos de enfermedad; por su parte, el enfermo describe síntomas.

Tal diferenciación entre signo y síntoma es fundamental a la hora de las validaciones terapéuticas, ya que en su diferenciación reposa la legitimidad del saber experto. De tal manera que el síntoma se toma como una “manifestación subjetiva, más ambigua y derivada de la percepción y expresión del propio paciente, [...] se presenta como una interpretación que ha elaborado el paciente sobre una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales. Por ejemplo, “me duele la cabeza”, “estoy mal de los nervios”, etc.” (Martínez, 1998: 45). Por su parte, el signo vendría a tomar un carácter más concreto, perceptible de forma más objetiva y definible en términos de una inferencia o dominio técnico específico.

Esta dimensión subjetiva, que caracteriza al síntoma y su injerencia en la narratividad, configura entonces las diversas connotaciones e implicaciones del ejercicio narrativo: por un lado, la enfermedad en tanto lo *dicho al otro* y que permite su objetivación; y por otro, la locura en tanto experiencia de *si mismo*.

²⁹ Cortés, Uribe y Vázquez, *op. cit.*, pp193

“[...] el narrarse a sí mismo no es sólo hacer un recuento de lo que uno piensa que es; el acto narrativo trasciende, se convierte en un escenario en el que se entrecruzan la memoria, la experiencia y la utopía, y donde las distintas formas de articulación entre estas temporalidades se traduce en la formación de una coordenada de referencia desde la cual se habla. Pasado y futuro, memoria y utopía, se reelaboran permanentemente desde el ahora, por lo que la respuesta a quién soy yo está siempre en proceso de creación desde la experiencia del presente. De acuerdo con esto, la narratividad - el proceso subjetivo de construcción de una coordenada - y la narración -el producto de esa ubicación espacio/temporal de la subjetividad- constituyen formas de situarse en el presente para observar la realidad. En este sentido, podemos decir que la narrativa es también paradójica en la medida en que, al narrarse, se da cuenta de lo que se es y a la vez se está conformando ese “ser” (Caicedo, 2003: 173).

4.1. De umbrales y mediaciones

Ignacio³⁰ es un hombre de 35 años, de tez morena, natural de la ciudad de Santa Marta y reside actualmente en el barrio Pastrana, el cual forma parte de una extensa área al suroriente de la ciudad, donde convergen varios barrios populares y las llamadas “invasiones” que a lo largo del tiempo han llegado a ocupar prácticamente los cerros mismos, franqueando la carretera al balneario el Rodadero. En la actualidad, Ignacio se dedica al trabajo independiente de ofrecer y arrendar habitaciones y apartamentos en el sector turístico del Rodadero, sobre todo durante las temporadas de vacaciones; es el menor de siete hijos y vive ahora con su esposa y su pequeña hija de unos ocho años, al lado de la casa paterna: fue precisamente su padre el que le cedió parte de su terreno invadido para que construyera su hogar. En realidad, con su escaso nivel de escolaridad, Ignacio se ve obligado a estar pasando de un trabajo a otro, generalmente de tipo informal, de “rebusque”, lo cual le genera una vida laboral signada por la inestabilidad y largos períodos de desocupación³¹.

Pues bien, la historia de Ignacio comienza varios años después de su regreso del ejército, presentándose en forma de un “nerviosismo” que lo atormentaba y forzaba al aislamiento.

³⁰ Los nombres de las personas enfermas y de sus familiares que aparecen a lo largo de este capítulo han sido cambiados.

³¹ Usualmente, se considera las condiciones de pobreza como un factor de riesgo, especialmente en lo relativo a la estabilidad emocional de las personas en situación de desocupación laboral. Ligado esto a una precariedad en los ingresos económicos, lo que puede tener un impacto en la satisfacción de necesidades básicas en salud, educación, nutrición, etc., del individuo y de su grupo social de pertenencia.

En uno de los primeros encuentros con su padre (quien nos narró la historia, ya que Ignacio nunca quiso referirse al tema), éste relata la admiración y perplejidad con las que tomaron las primeras manifestaciones de la enfermedad de Ignacio, y que consistía en un “nerviosismo” y “los disparates que decía porque no era normal en él”. En realidad, tales disparates se trataban de una insistencia en que lo perseguían para matarlo, por lo tanto debía esconderse: razón por la cual se mantenía cada vez más aislado y por lapsos de tiempo cada vez más prolongados.

“Él era un muchacho normal, pero después que vino del ejército le dio la primera “convulsión” de la enfermedad que trajo. Se encontraba los nervios alteraos y decía que lo perseguían y que lo iban a matar, cuando está así ruega que no lo dejemos solo en la casa. No podía ver un carro con vidrios oscuros porque decía que lo perseguía. Si veía a los “uniformaos” se sentía amenazao. Las crisis esas le duran como una semana, y como yo lo regaño, busca la forma de hablar con la mamá o con Hugo. (hermano): para hablar de los nervios. Él insiste que lo persiguen. Yo le digo que se deje de ese pesimismo porque eso lo perjudica: ¿qué van a perseguirlo si él no tiene enemigos?”

En busca de una explicación para estas manifestaciones, su padre se aventura a pensar en que se trata de pura sugestión, refiriéndose a que “sólo estaba en su cabeza”. Sin embargo, con cada crisis se presentaban nuevos indicadores o síntomas que ponían en alerta a la familia de Ignacio, la cual aunado a sus preocupaciones, temores y expectativas, paulatinamente apuntaban hacia la consideración de una salida terapéutica, más allá de los regaños paternos y los cuidados domésticos:

Cuando está así, se levanta, camina. Se le pone la comida pero medio la deja, no le para bola, en cambio cuando está bueno y sano es comelón. Se la pasa quejándose...con la cabeza gacha y cuando se acerca uno él dice: “ay, papá que me muero, que me están persiguiendo, me van a matá”. Una de esas veces, se salió de la casa como a la una de la mañana por ahí cerca y un vecino lo vio y lo echó pa’ la casa”

Justamente en las relaciones vecinales o comunitarias, la ventilación del tema no es propiamente abierta: tales situaciones se mantienen veladas en la medida de lo posible, por lo menos hasta que se tenga claro qué decisiones tomar, especialmente por las implicaciones que eso pueda tener en estigmatizaciones a la persona afectada, es decir su vinculación con actitudes y comportamientos agresivos y violentos,

“Es que cuando él está así, nosotros no hacemos bulla para que el público se de cuenta que él tiene nada. Allá en el Rodadero con los compañeros con que él trabaja si ya lo han notado, dicen “Ignacio. Cada vez que está enfermo no viene a trabajá”, y entonces le preguntan a los hermanos, pero no se menciona nada del tema. Bueno, en el barrio hay dos muchachos más en este sistema, y los están curando. Como que los tratan los especialistas en eso, así como el doctor B. (psiquiatra) que veía a Ignacio; son pelaos de la misma juventud de Ignacio, aunque hay uno que es mucho más pelao que Ignacio. , pero éste es peor porque no le hace caso a nadie, se sale a la calle y busca pelea con la gente; éste vive cerca de la casa, y la mamá o la abuela son las que nos refieren el caso a mi mujé o a mi.

Dado que la condición de Ignacio empeoraba, la percepción y acción familiares - que hasta ese momento había adjudicado como causa del malestar y los cambios en el comportamiento de Ignacio a la “pura sugestión”-, daban el giro hacia una inminente hospitalización. Así, el primer contacto que tendría Ignacio con alguna salida terapéutica fue a través de una consulta externa psiquiátrica en el CRFT. De hecho, luego de varias consultas realizadas por su padre con los psiquiatras de dicho centro hospitalario, éste decidió poner el caso en manos de los médicos.

Yo le conté a mi mujer que allá en el Troconis habían varios pacientes en el ramo de Ignacio. Y los estaban curando allá, así que yo le dije a Ignacio: “va toca hospitalizate en el Troconis pa’ que te curen allá porque esto no da pa’ más, te estas poniendo que no quieres oírle a uno lo que te dice”. El Troconis puede se’ una solución porque ahí lo están tratando a los pacientes diariamente, están bajo droga. Hasta un médico me preguntó si Ignacio fumaba algo, pero yo le dije que nunca le he visto un cigarrillo en la boca. La idea que yo tengo es que la última resolución que tomé es hospitalizarlo allá (Troconis) porque me he dado cuenta que esos médicos es con un tratamiento que le hacen a todos los pacientes. allá han llevado pacientes peligrosos que te digo, y ya los tienen a medias.

En realidad, para Ignacio nunca hubo hospitalización psiquiátrica. Y a pesar de que las crisis seguían -y siguen- presentándose, las consultas externas no pasaron de algunas sesiones durante quince días, y de unos medicamentos que debía tomar periódicamente; esto por dos razones: en primer lugar, Ignacio se rehusó a continuar con las visitas al Troconis; en segundo lugar y la más importante, que justificaría la primera: Ignacio atribuía su padecimiento y todo su drama al hecho de haber recibido “un susto grandísimo en el ejército, y es que llegaron a matá un teniente, eso fue una plomera y a mi me puso muy mal eso. Eso fue ya casi saliendo del cuartel”. Tal explicación produjo un efecto importante en la dirección que tomaría esta trayectoria terapéutica, hasta configurarse prácticamente el *susto* como eje causal de la enfermedad, tanto para Ignacio como sus familiares.

Así, a partir de la percepción y el reconocimiento de un determinado malestar, expresado en una serie de síntomas más o menos persistentes y atribuidos a una causa o evento particular que deriven, por ejemplo, en *estar asustado*, implicará entonces que las acciones tendientes a una solución terapéutica, tales como prevención, tratamiento y eventual sanación deberán ser consecuentes con la explicación etiológica asignada: en otras palabras, según Ignacio, su sufrimiento no tenía mucho que ver con los diagnósticos y tratamientos médicos, de ahí su rápido abandono y descarte. Para él, su mal obedecía más a una competencia del curandero que de médicos psiquiatras:

“tuvo como quince días yendo al psiquiatra, porque hubo una persona que le dijo a Hugo (Hermano) que lo llevara a donde un especialista. Y el doctor dijo que era un nerviosismo mental que se le venía a la mente y que había que curarlo antes de que fuera a cogé otro camino. Lo vieron varios doctores en el Troconis, después él mismo cuando se sintió mejor fue adonde un botánico, un botánico que es un curandero. El fue donde ese señor que le recomendaron de aquí de Santa Marta, y le mandó otro tratamiento pero de plantas: se mejoró bastante, y pasaba tiempo que no le daba esa vaina”.

A esta altura de la trayectoria de Ignacio, ya se habían activado las redes sociales participantes el proceso de salud-enfermedad y atención: por una parte, a través de relaciones parentales, de vecindario y amistad, las manifestaciones morbosas de Ignacio pudieron ser socializadas estratégicamente en términos de la percepción y reconocimiento del malestar; y por otra, las mediaciones o las denominadas redes sociales de transacción (Garay y Pinzón, 1999), donde confluyen los intermediarios y las tramitaciones propias del proceso, en cuanto a la construcción social del sujeto enfermo, a saber: las representaciones sociales de la salud-enfermedad mental, y el concurso de saberes e instituciones.

Para el caso específico del susto, autores como Rubel, O’Nell y Collado sugieren la consideración de las dimensiones de rol social, en tanto su cumplimiento o incumplimiento; las afecciones orgánicas que se determinen como consecuencia del estado de susto; y los niveles presentes de deterioro psiquiátrico. Básicamente tales dimensiones buscan enfatizar

la hipótesis de “la asociación entre el susto y la conciencia del sujeto de desempeñar inadecuadamente alguna de sus funciones sociales básicas”³².

Poco a poco se va configurando la trayectoria de Ignacio, desde la manifestación de los primeros síntomas, pasando por el reconocimiento propio y de sus familiares de la presencia de un malestar anímico, emocional y físico hasta llegar a las instancias del padecimiento, es decir, la evaluación social de la condición de enfermo (Cortés, Uribe y Vázquez, 2005). Una vez tomada la decisión de tratar la enfermedad -especificada aquí como susto en tanto enfermedad sociocultural- a través del saber experto del curandero, se privilegia entonces el modelo explicativo de los que hemos denominado un sistema médico popular, como alternativa terapéutica.

Más adelante retomaremos la trayectoria de Ignacio y las características de su padecimiento, el significado, diagnóstico y tratamiento por parte del saber experto y prácticas curanderiles frente a la enfermedad del susto, una vez que ha sido posible *reconocerla* como tal.

Por ahora, dedicamos un espacio a otro de los umbrales registrados a partir del trabajo de campo. Y es el referido al caso de Walter, un hombre de unos cincuenta años de edad, de tez morena, nacido en el municipio del Banco (Magdalena) y que ha pasado buena parte de su vida recluido en hospitales psiquiátricos. Ciudades como Santa Marta, Barranquilla y Bucaramanga persisten en la memoria de él a través de las paredes de los pabellones de distintos hospitales. Ha estado recluido en varias ocasiones en el CRFT, y las “recaídas” por lo general obedecen a la misma causa, según información suministrada por él mismo, además por personal del Centro que tiene conocimiento de su caso: alucinaciones, comportamiento agresivo y trastornos psicóticos, causados al parecer por una severa situación de alcoholismo. Actualmente, Walter Sigue bajo tratamiento psiquiátrico, pero en condición de paciente en consulta externa, aunque sus ingresos al pabellón son más bien frecuentes. Hoy, su actividad principal radica en la venta de chicles, dulces, pasabocas y

³² *Op. Cit* p.p 93.

cigarrillos en una pequeña estantería (chacita) ubicada a un costado de la entrada principal del CRFT. Por ahora, vive en compañía de sus dos hijas mayores en uno de los barrios populares (Ciudadela 29 de julio) de la ciudad.

“La primera era por lo que yo te había comentao, que yo tenía libros de química, ya, esa fue la primera etapa, y el hijo me ayudaba, inclusive que todavía tengo la tabla periódica y, y unos libritos ahí de química, y el libro lo tengo en el Banco (Magdalena); entonces, me hacía enojar todo lo que me decían, ya, me ponía impulsivo con los hijos míos, con las hijas mías... y me fui pa’ la playa a tomar y amanecí cuando me trajeron por primera vez aquí... La sociedad y los familiares no comparten con uno las ideas de uno: en mi caso eran...el caso era diferente porque yo... admiraba la izquierda, pero no con armas sino con ideas... pero desgraciadamente como te digo, yo no tuve ninguna clase de estudios, hice el quinto año de primaria, primer año de bachillerato pero no lo terminé, ya, me retiraba por el trabajo, me gustaba el trabajo; y en Barrancabermeja hice el seminario de administración de empresas y de economía, yo te comenté a ti una vez”.

“[...] habían unos que compartían conmigo esas ideas, en el Banco hubieron tres amigos, varios doctores que estaban de acuerdo conmigo y ciertos amigos de la autoridad; como yo no podía conciliar el sueño me iba pa’l comando: allá les hablaba y ellos estaban de acuerdo conmigo más no me apoyaban. Eso me llevó a que yo... como no me apoyaron me dedicaba al alcoholismo y entonces vociferaba en voz alta inclusive que a la misma niña Nubia mi amiga, una vez la ofendí, ya, cuando ella era alcaldesa del Banco pero después le pedí perdón y le dije que ah!!!... No estaba normal”.

“Entonces, a raíz de eso regreso a Santa Marta y me hospitalizaron. ¿por qué?. Porque yo tenía una idea diferente de odio, de todo y como había estudiado esos libros yo vine aquí para que me prestaran el apoyo para preparar una... una bomba. Yo tenía los libros de química, física y atómica, ya; tengo la tabla periódica ahí, había para no sé cuantos metros, un kilómetro, cuatrocientos metros a la redonda, ya... con el Uranio, el Plutonio y el ácido lumínico, sulfúrico. Bueno un poco de... ahí está todos en la tabla periódica. Pero entonces venían que... aquí inclusive las fotocopias de ese libro las tiene un señor que es concejal del Banco Magdalena que se llama (...) yo se la di así ve, todo el taller, ya, de la tabla periódica donde están todos, con la fórmula y todo... ese libro me lo vendió un tipo de la Universidad de Santander. Entonces yo le comentaba a amigos míos, a mis familiares ayúdenme porque... porque esos químicos los puede haber es en los laboratorios o en la universidad: con esa idea vine yo aquí ve, a Santa Marta. Con una idea descabellada. Entonces, las hijas mías al verme la desesperación y la preocupación que yo no podía conseguir eso, me dedique a beber y entonces ellas me dijeron que estaba loco: me hospitalizaron. Esa fue la primera vez que me trajeron, eso fue en el 2002 después que me desplazaron, que me hicieron salir...”

De hecho, la trayectoria de Walter es bastante larga. Su proceso de institucionalización data de mediados de los años ochenta, en el Hospital Psiquiátrico San Camilo de la ciudad de Bucaramanga, donde llegó remitido debido a las innumerables situaciones de conflictos interpersonales en las que se veía involucrado que, por lo general, terminaban en actos violentos. Los relatos de Walter están signados por una sorprendente capacidad de articular su discurso a partir de acontecimientos aparentemente discordantes en tiempo y espacio,

pero que van hilvanado toda una trama, marcada por su sentimiento de “no ser entendido”, de exclusión, y por el drama del internamiento psiquiátrico. Aquí, estamos ante el proceso de construcción occidental de la locura y sus estrategias clínicas, representadas por un sistema asistencial que aboca la farmacología y la reclusión como principales medidas terapéuticas, en un marco estratégico de control social. Es la consolidación de los cuerpos psiquiatrizados.

“Se trata entonces de operar sobre los registros de inscripción cultural de los cuerpos puestos a su disposición. Los cuerpos deben pasar por un nuevo registro de adscripción, esto se logra merced a ejercicios de poder que se disparan en serie, es decir, hay un conjunto de procedimientos seriadados para instalar el delirio, las alucinaciones, la ansiedad, la angustia, la depresión, las ideas de referencia (...) y de allí se pasa a la construcción de la categoría diagnóstica, luego sumergen al cuerpo en el universo de las disciplinas orientadas a reforzar y hacerle aprender comportamientos acordes al diagnóstico dado” (Pinzón y Suárez. 1990: 96)

Con el paso de los años, Walter parece haber desarrollado una especie de condición *fronteriza* que, de cierta manera a determinado su experiencia subjetiva de la enfermedad. Me refiero aquí a la incidencia de los frecuentes re-internamientos en términos de la permanente ruptura con sus vínculos afectivos -amorosos, familiares y sociales - que lo coloca en un serio predicamento: el internamiento psiquiátrico, en tanto frontera física pero también simbólica coloca a Walter, de un lado, en el rol de *enfermo mental* con unas disposiciones espacio-temporales regladas, totalmente ajenas y que generan unos dispositivos normativos tendientes a controlar el desorden de los actos y los pensamientos; un *afuera* del pabellón que lo insta a la reelaboración incesante de los roles que de él se espera, y los cuales se van debilitando con cada nuevo internamiento: se impone entonces la indeterminación de su papel social, papel que en muchos casos toma la forma de un interrogante, a la manera de ¿habrá que esperar la próxima recaída, el siguiente re-internamiento?, y con las implicaciones que esto tiene en las expectativas de cumplimiento de los roles sociales de Walter (marido, padre y miembro de la comunidad), además de las consecuencias que esto efectivamente tiene en cuanto a su identidad social, en la medida que pone en situación la experiencia subjetiva de la enfermedad con su medio social y cultural.

“ya yo no conciliaba el sueño, ya, pues siempre veía a esa mujer en los sueños; una mujer que siempre que he tenido problemas de desamor siempre está la mujer ahí... la mamá de mis tres hijos. Entonces había música, discos que grababan que me... reflejaban el sufrimiento que yo tenía interno, ya, y eso me hacía embriagarme más; entonces yo cantaba también a mi modo, ya, y así improvisaba las canciones. Después resulta que terminaba en hospitalización”.

“A mi no me atormentaba nada, únicamente... más que todo los recuerdos, ya...nada más me atormentaba, sólo los recuerdos... de sentirme incapaz de no poder realizar mi sueño: ciertas letras que regalé me atormentaban, ya. Mi sueño... grabar un disco, tan siquiera uno... ahora estoy escribiendo unos poemas ahí, yo no me he dejado de eso, ahí tengo como dieciocho (poemas). Dieciocho especialmente tengo; tratan de amor y hay uno de despecho: el del cuatro de septiembre de 2004 lo compuse: el día que comenzó a llover en Santa Marta, así dice el poema”.

Si bien el mismo Walter enmarca sus mundos de experiencia a partir de problemas de desamor, aunada a una serie de frustraciones en distintos ámbitos, es decir expresada principalmente desde la esfera de lo afectivo y emocional, al momento de estimar necesario la hospitalización de Walter, estaremos ya frente a la asignación social de unas connotaciones patológicas en su manera de resolver los conflictos - que como ya hemos señalado gravitan alrededor de los vericuetos del alcohol seguido de comportamientos violentos-, las cuales serán resueltas en el campo psiquiátrico. Así, la psiquiatrización de Walter toma forma y curso bajo los dictámenes de un sistema asistencial que, a través de un determinado saber experto y unas estrategias clínicas establecen desde la admisión misma, el recorrido del nuevo paciente por todo el sistema manicomial.

De acuerdo a los frecuentes re-internamientos de Walter, podemos decir que su experiencia con la locura se estructura a partir de cuatro ejes fundamentales: en primer lugar, se encuentra la participación de una cultura asistencial en la construcción occidental de la figura del loco, como aquel que debe ser aislado y tratado según los preceptos de la psiquiatría, y el sistema médico oficial en general; segundo, la relación existente entre dicho sistema y la redefinición, en términos nosológicos, de los comportamientos y experiencias subjetivas del sujeto. Luego, tenemos el efecto producido en los terrenos de la identidad social asociado con la condición de confinamiento y reinternamiento frecuentes, lo cual a la vez implica, por último, una suerte de circularidad o la *presentización* -antes mencionada- de la experiencia y expresada a la manera de una rememorización de los

oficios y vivencias anteriores confundidos ahora con las experiencias y actividades propias del hospital (Ferreira y Hernáez, 2003).

“Como te comentaba, es deprimente allá aentro, pero uno con el tiempo se va concientizando -a medida que los días van pasando- el por qué uno está ahí, ya... en el caso mío fue diferente, yo me salí del marco de la sociedad, yo soy realista: mis ideales eran otros pero no podía alcanzar esa meta y entonces me refugié en el alcohol y viví etapas difícil, por ejemplo no podía conciliar el sueño y en los carnavales duré tres días tomando y salí de pelea con las hijas mías porque le empeñé un celular, eso fue más que todo el motivo. Me vine aquí y abrí mi negocio que tengo aquí y, la señora(.) me dijo... “hay que hospitalizarte, te veo muy nervioso”. Bueno si es así, bueno hospitalíceme. Me hice ve’ de los doctores y me hospitalizaron. Allá me dieron una droga y yo perdí el conocimiento, cuando desperté y sentí que estaba hospitalizao ahí, pero estaba en una sala de observación, de ahí llegaron dos muchachos, me acuerdo de uno de ellos de Pivijay: y me dijeron, aquí llegó tu hija y nos dijo que estuviéramos pendiente de ti; como ellos tenían ya más tiempo de estar hospitalizaos. Esa fue la segunda vez que entré, por el mismo motivo...

[...]hay otros que están ahí... que estamos ahí pero están normales: por su modo de actitud, modo de actuar, su modo de pensar; el modo de pensar que ellos anhelan estar en la calle o en la libertad digamos así para desempeñar lo que ellos saben desempeñar, cualquier arte, ya... hay trabajadores, hay otros que por problemas que han tenido con las autoridades están recludos ahí: esa gente están ahí pero ahora son unas personas diferentes... diferentes en el sentido que ahí uno cambia el modo hasta de pensar, porque ya uno no se va a comportar como se estaba comportando antes, ya, de tener digamos no ya ese castigo sino como regirse, ya... a la sociedad. Uno tiene que regirse a la sociedad, porque a veces vivimos en el marco de la sociedad”.

De hecho, una de las constantes en la narración de Walter es la recurrencia a sus innumerables oficios, algunos previos a su largo trasegar con la locura y el internamiento, otros cumplidos en los interludios de enfermedad pero todos apuntando -a mi modo de ver- hacia una afirmación del sujeto social por fuera de los límites de la enfermedad y el hospital, vinculando una vez más períodos y experiencias de reclusión (ligadas con la exclusión y sedentarismo), con una recreación de la memoria en tanto inclusión y “utilidad” social: de ahí que podamos ver a un Walter que va desde que “tenía libros de química, ya, esa fue la primera etapa, y el hijo me ayudaba, inclusive que todavía tengo la tabla periódica y unos libritos ahí de química...”, pasando por seminarios de administración de empresas, miembro de un grupo catequista de oración del sur de Bolívar, escribir poemas, hasta considerarse desplazado por la violencia en los Montes de María...

4.2. Dimensiones de la enfermedad: del malestar al padecimiento

Entre los indicadores del tránsito de las manifestaciones de enfermedad mental, con sus efectos en los distintos ámbitos de la vida cotidiana de la persona afectada, a un denominado padecimiento, aparecen dos elementos decisivos: cuando las acciones preventivas y los cuidados domésticos resultan insuficientes para manejar y controlar un problema de salud mental, esto puede llevar a la consulta de un saber experto, donde la valoración y consecuente diagnóstico de enfermedad será crucial para la determinación de una trayectoria terapéutica.

En este sentido, se asume el malestar como aquello relativo a un proceso patológico, seguido de las expresiones y puesta en evidencia de los elementos de dicho malestar, hasta llegar a un padecimiento entendido como “el reconocimiento de su dificultad y a la respuesta del grupo social” (Rubel, O’Neill y Collado, 1995). Entonces, el padecimiento se convierte en una suerte de materialización de una serie de síntomas y *mal-estar* crecientes, para luego ser objeto de interpretaciones y significados al interior de unas determinadas nociones de salud y enfermedad mental: en suma, el hecho de padecer comprende la interacción subjetiva del sujeto y sus síntomas, con la validación de un saber experto.

Tabla 5. Del malestar al padecimiento

Aspectos diferenciales	Dimensión sociocultural
Manifestación de síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Malestar • Actitudes y comportamientos 	Historia personal del sujeto: <ul style="list-style-type: none"> • experiencia subjetiva: síntomas • antecedentes de enfermedad mental
Reconocimiento de enfermedad mental <ul style="list-style-type: none"> • valoración experta • diagnóstico • categoría de paciente 	Marco cultural: <ul style="list-style-type: none"> • definiciones, interpretaciones y significados • acceso a sistema médico • saberes y prácticas
Grupo social de pertenencia	Trayectoria terapéutica: <ul style="list-style-type: none"> • toma de decisiones • legitimación de prácticas y tratamientos

Fuente: trabajo de campo. 2005.

De esta manera, en la esfera del padecimiento se van incorporando aquellos aspectos diferenciales que contribuyen a la consideración de unas dimensiones sociales y culturales en el proceso de salud-enfermedad y atención. Así, las manifestaciones de algún tipo de trastorno mental podrán estar relacionadas con acontecimientos y vivencias que engloban la historia personal del individuo; la definición, interpretaciones y significados atribuidos a aquellos padecimientos que -dentro del marco cultural en el cual surgen- se relacionen y asuman como producto o manifestaciones de locura, adquirirán sentido de acuerdo a las representaciones presentes en el proceso con sus respectivas prácticas terapéuticas, establecidas en el sistema médico al cual se acceda en aras de contrarrestar el padecimiento; también entra en juego el grupo social de pertenencia (familia, vecinos, comunidad), y su papel en la legitimación de saberes y prácticas específicos en la atención y tratamiento médicos, lo cual tiene incidencia directa en la trayectoria terapéutica del sujeto que padece.

De acuerdo con lo anterior, en este aparte he considerado tres instancias que, a mi juicio, dan cuenta de lo que se toma como propio de la dimensión del padecimiento: primero, la existencia y reconocimiento de un determinado padecimiento en tanto significación negativa para la persona afectada, lo que a su vez puede definir su nueva condición de paciente mental; luego, la presencia y desarrollo de ciertas actitudes y comportamientos que, según el medio social y cultural específico, pueden ser objeto de estigmatización y control social; y por último, la intervención de saberes e instituciones que definen e intervienen en las significaciones y controles (Menendez, 1994: 72).

“en las narrativas de dolor surgen ideas argumentales como que la enfermedad es causada por un evento traumático que dividió en dos la vida del sufriente. Un “antes” de salud y felicidad y un “después” donde se entronizó el dolor, el caos y la enfermedad, separados por ejemplo por la pérdida de un ser querido, por una ruptura amorosa particularmente dolorosa, por un episodio de violencia física, por una rivalidad que desembocó en una conspiración brujesca u otras situaciones graves susceptibles de crear un radical desorden en la vida que llevaba el sufriente” (Uribe, 1999: 222).

4.2.1. Robinson o las transfiguraciones

Robinson es un joven samario de 23 años, diagnosticado con síndrome bipolar según el DSM-IV. Luego de dos internamientos psiquiátricos, con lapsos más o menos cortos, Robinson se encuentra actualmente bajo tratamiento externo, con valoraciones médicas periódicas recibidas en el Instituto de Neurociencias del Caribe, entidad de carácter privado con atención y hospitalización en el área de salud mental.

En su condición de paciente psiquiatrizado, Robinson tiene la percepción occidental de la locura: ha logrado familiarizarse con los diagnósticos, tratamientos, y en general con la lógica del internamiento, apropiándose así del discurso psiquiátrico, como recurso para la explicación y comprensión de su padecimiento. Desde ahí ha construido su experiencia personal con la enfermedad mental. No obstante su drama, la crudeza de su padecimiento y experiencia con el delirio, también expresa una especie de visión “romántica” de la locura y de la figura del loco occidental.

“siempre hubiera querido tener más afecto de la casa. Llegué al Instituto porque mi madre llamó a la policía a la casa y me obligaron a internarme, porque yo me creía algún tipo de detective, me creía una persona que tenía algún vínculo con un ser trascendental: me creía un ser vampiro, Drácula. Eso creo que me lo dio la literatura...”

[...] ellos piensan que estoy loco porque me han creído una persona muy ignorante. Siempre me han subestimado, considerado poca cosa y con el conocimiento de mí mismo me he vuelto una persona egocéntrica, narcisa y muy huraño. A veces muy taciturno, cuando tengo tanto que decir: callo tanto, sin embargo hablo mucho pero soy prudente, soy sapiente en ese sentido. Eso dura tiempo sin aparecer. Y entonces camino con unos pasos que sienten una soledad que se me esfuma dentro de un rastro fantasmal, y de hecho aparece y desaparece; de hecho hago que se me cambie la mente pero es una mente, yo trabajo con la mente humana.

En la historia personal de Robinson se conjugan varios episodios que - a juicio de la madre- condujeron a la realidad del internamiento involuntario: episodios caracterizados por alteraciones en su comportamiento habitual, marcados principalmente por actitudes violentas, así como períodos de retraimiento social que alertaban a su madre y abuela acerca de un aparente deterioro de su salud mental, lo cual venía acompañado del consumo frecuente de marihuana. Circunstancias que a la postre generaron paulatinamente un

quebranto en las relaciones intrafamiliares, y en general con su medio social. Relaciones éstas que gravitaban alrededor de la figura de la abuela materna, de la cual él había desarrollado una dependencia emocional y afectiva bastante significativa: de hecho, la mayor parte de su infancia y adolescencia la había compartido con su abuela materna, y donde la madre resultaba ser una figura difusa y distante.

Según él mismo, su condición y experiencias con el delirio datan incluso desde la infancia, es decir, surcando prácticamente toda su vida hasta desembocar en la realidad del internamiento. Circunstancia que, por primera vez, lo obliga a confrontar su propia experiencia subjetiva con el modelo de enfermedad mental, proveniente del discurso psiquiátrico: “la verdad es que desde mi infancia ha sido así pero todo por el trastorno afectivo bipolar, por el síndrome que los psiquiatras me han trabajado y lo han hecho muy mal: considero que es muy deficiente éste proceso de *purificación*, llamémoslo así”. Entonces, lo que comienza con una serie de articulaciones entre episodios o vínculos con ciertas experiencias místicas o sobrenaturales, como la mención de una relación con lo vampiresco, desdoblamientos y reencarnaciones que, de una u otra forma, se convierten en estrategias -en el plano de lo existencial, de un *ser-estar* en el mundo- frente a lo prosaico de una realidad amenazante:

“De hecho soy una persona muy trascendental en ese aspecto romántico de la predilección (sic), porque yo considero que en mis vidas pasadas, y esto sustentado por unas regresiones que me hice, que en la vida pasada también fui escritor y específicamente poeta, y siempre la familia me han dicho y han pensao’ que estoy loco: me dicen que eso no es así, que no saben de donde saco eso, me botan los poemas.

Mira yo hablo con fantasmas. Tengo *poltergeist*, paranormales. ¿Cómo es esa experiencia, preguntas?... es traumática, donde hay lágrima y sangre y no me creen. Aquí (en el Centro psiquiátrico) me dicen que la sangre que soy yo el que me la saco y que la esparzo por las paredes; es algo muy místico: más allá de lo enigmático y comprensible... esto me ha dejado huellas y cicatrices: tu miras mi cuerpo y ves huecos, rayas, cosas que yo hago como acariciando la noche del dolor, como una canción cuando uno la canta al viento, así...

Evidentemente mi relación con la psiquiatría fue muy negativo, porque yo obviamente no asumí que tengo que realizar un cambio, y no quería tomar ninguna de las pastillas porque sentía que afectaban mi RH +, mi O, mi B, entiendes. Estaba en un grado donde no necesitaba de comer ni alimentarme: para poder vivir solamente ingería sangre”.

Desde una sociología de las enfermedades mentales, Roger Bastide aborda este tipo de episodios mórbidos desde el punto de vista de una *asimetría*, entre la realidad objetiva, definida socialmente, y la propia realidad subjetiva del individuo; entonces, tal disociación determina, en gran medida, la gravedad de la enfermedad dependiendo del grado más o menos alto de dicha asimetría: “una frustración, un traumatismo violento, un rechazo de la familia o de la sociedad en general, le impedirán interiorizar la realidad circundante -un “terror anómico” se apoderará de él, ante la imposibilidad de resolver el mundo exterior en su conciencia- y él edificará, en una pura actividad subjetiva, un "contra-mundo" en el cual vivirá en adelante”.

En cuanto a la estructuración de su discurso –sigue diciendo Bastide- el loco, al parecer, recurre a una serie de fragmentos provenientes del exterior, para luego ser organizados subjetivamente: lo que desencadena todo un conjunto de discontinuidades, en una suerte de “subversión permanente de la sintaxis y del léxico del pensamiento del hombre normal, pero esto no significa que el loco no utilice un léxico o una sintaxis, sino que ese léxico y esta sintaxis juegan con todas las variantes lexicales o sintácticas posibles *al mismo tiempo* (Bastide, 1972: 297).

De ahí que, como en la mayoría de los relatos recopilados, aquí la narrativa no es lineal. Por el contrario, está plagada de saltos e interrupciones en el tiempo y en el espacio, aludiendo siempre a fragmentaciones y a una condición aleatoria de un relato que, por su propia naturaleza discontinua, no recurre al orden de lo estable y unívoco. Más bien se origina y construye a partir de una amalgama de sucesos, aunque cuyo punto de gravedad va a radicar ahora en el hecho de la psiquiatrización y la reclusión: o sea, al hablar *desde* el internamiento, Robinson asume entonces que *siempre tuvo* un “trastorno afectivo bipolar”, y que su paso por la institución médica - a pesar de lo dramático y doloroso- sólo hace parte de un proceso de “purificación” necesario en su vivencia del padecimiento. Al respecto, la autora Miriam Castaldo (2002: 15) anota, citando a su vez a Fritz B. Simon, cómo “el hecho de *tener* una enfermedad o *tener* un desorden mental hace que un individuo y su

desorden aparezcan como si fueran dos elementos distintos; como si éste fuese propietario de algo, de un objeto, como si una psicosis fuese propiedad del individuo”.

Para dimensionar su proceso de purificación, incluye en su narrativa acontecimientos que van desde regresiones, reencarnación, experiencias paranormales, cortaduras y laceraciones físicas. De tal manera que asistimos a todo un complejo de transfiguraciones, de multiplicidad simbólica, y donde el cuerpo -en sus dimensiones física, simbólica, cultural- se convierte en el medio propicio y en objeto de renovación, denunciando a la vez su condición de precariedad e “impureza”. Y esto, por su parte, en confrontación con los métodos y prácticas psiquiátricas, donde la locura será entonces sujeto de *intervención* y llamada a un proceso de restablecimiento de un orden y medida perdidos, aunque restablecimiento ya no en términos de la experiencia mística de la purificación, sino más bien de acuerdo a “un intrincado ciclo de agresiones y de defensas rituales, en el que los perdedores se determinan por el hecho de caer irremediabilmente en la condición de enfermos psiquiátricos” (Uribe, 2001: 2).

“Tienes pecados, por ejemplo, y no te arrepientes y no realizas una transmutación mística de todo lo que te pasa cuando quieras abrir las puertas van a estar cerradas... cuáles puertas?, hombre, esas que son una degeneración del mundo inconsciente mío: yo soy muy impulsivo por eso es adrede, es como una violencia heterodirigida.

Lamentablemente existen dentro de mí muchas inquietudes, muchas dudas y soy muy escéptico con todas las religiones, con todos los conceptos, con todas las filosofías, y encontré en la poesía mi religión, filosofía y método de vida. Eso hace parte de mi ego, autoestima. Sin embargo, son cosas que yo observo muy subjetivamente, y la colectividad objetiva llamémosla así, de la gente que estaba a mi alrededor, a los cuales yo comparto todo, como crezco y como medro, lo que duerme dentro de mi alma, mi cuerpo, mi astral: me desdoble...

Siento que jamás vuelvo a ser el mismo cuando hablo, jamás vuelvo a ser el mismo cuando escribo. Jamás vuelvo a ser el mismo cuando me fumo un tabaco de marihuana. Porque siento que jamás he ocupado un lugar fijo como lo ocupaba. A mí me dicen “diablo”, “lobo”, y me dicen “pantera” por un tatuaje que tengo en el brazo derecho, un tatuaje oriental de una vida pasada y que va a ser la reencarnación mía en el futuro. Yo tengo bronconeumonía, tengo principios de cáncer, soy epiléptico ahora, con tantas pastillas de esquizofrenia que me dan”.

En la narrativa de Robinson, aparece reiteradamente la alusión a lo que podemos llamar un *cuerpo intervenido*, lo cual puede estar muy relacionado con su fijación en la condición

“impura” de su propio cuerpo, donde la categorización de sus experiencias metafísicas en el estatuto de enfermedad mental, sería un efecto de ello, no una causa. Esto, a la vez, se halla correlacionado con la esfera moral presente a lo largo del relato. En este sentido, para Robinson el tratamiento psiquiátrico corrompe su proceso de purificación, por lo cual es preciso acudir a una especie de ritualización de su experiencia subjetiva, lo cual puede estar relacionado con sus constantes referencias a desdoblamientos y mutaciones. Al respecto, Cortés, Uribe y Vásquez anotan cómo esto tiene relación con ciertos patrones culturales – aprendidos, básicamente, en la socialización primaria- donde se oponen las nociones de lo impuro y lo inmoral, a las concepciones de limpieza, pureza y perfección.

En este punto de la trayectoria terapéutica, se ha consolidado ya el proceso de atención, cuya medida capital ha sido el internamiento psiquiátrico. Una vez encuadrado el trastorno mental, el discurso, las aflicciones y aquellos comportamientos considerados como erráticos sólo confirman la patología psiquiátrica: entra a operar entonces la lógica del internamiento, con sus estrategias y prácticas clínicas, las cuales comprenden generalmente desde la utilización de fármacos, hasta reglar los espacios y tiempos en la rutina diaria de los pacientes, respondiendo de esa forma a las exigencias de control y tratamiento, así como las expectativas que genera el sistema en cuanto a su eficacia terapéutica.

En suma, todo ese *corpus* múltiple y polisémico que reposa en cada uno de los resquicios del relato de Robinson, va a constituirse en adelante, en parte fundamental del proceso de institucionalización de la locura, bajo el estatuto de trastorno mental, de enfermedad, y como tal es tratado.

“Cuanto más “medico” y progresista sea un hospital psiquiátrico, cuanto más tienda a cumplir una función terapéutica y no de mera custodia, más probable será que el personal jerárquico superior interpele al paciente, y le recuerde a cada instante que su vida pasada ha sido un fracaso, que la causa del fracaso estuvo en su interior, que su actitud ante la vida es errónea, y que si aspira a ser persona debe cambiar su modo de tratar con la gente y sus ideas sobre sí mismo. A menudo se le obligará a tomar conciencia del valor moral de semejantes ataques verbales, exigiéndole que aplica esta perspectiva psiquiátrica de sí mismo en los períodos de confesión establecidos, ya sea en sesiones privadas, ya sea en la psicoterapia de grupo”³³

³³ Goffman, *Op,cit* .p.p. 154.

Nuevamente, surge aquí uno de los puntos centrales de la discusión acerca del estatuto de *enfermo mental*: y es el referido a la confrontación o divorcio entre el paradigma psiquiátrico de la desviación patológica, de acuerdo a sus consideraciones objetivas y de exterioridad del fenómeno, Frente al punto de vista del sujeto que padece, pero que privilegia unas condiciones subjetivas de su experiencia de la locura. Por ejemplo, ya que para Robinson su enfermedad no es sinónimo de pérdida de salud, siempre va a considerar las prácticas y tratamiento psiquiátricos como ineficaces, ya que proceso no tiene nada que ver con el hecho de “curarse” en tanto antecedente de una valoración social y cultural negativa de su discurso, sino más bien tiene que ver con su propia batalla interior por asumir su locura como camino hacia lo místico y trascendente, en una mezcla de poesía y religión que descansa en cierta idea de moral.

En este sentido, cuando un autor como Foucault aborda el problema, lo hace llamando la atención de la construcción misma de la noción de enfermedad mental como resultado de un discurso contenido en un determinado contexto histórico, y dentro de un sistema de clasificación que objetiva sus formas de expresión, de acuerdo a la norma cultural del grupo social.

“Yo plasmo cadáveres en papeles. Escribo sobre una mente quemada donde todo lo tengo que consumir, todo lo tengo que escribir con THC (Tetrahidacannabinona), todo lo hago con la Sativa (Marihuana), es como una catarsis, no sé cómo llamarlo... y *sigo siendo yo en el interminable fuego que me habita, porque me siento que todos los días me muero*, y cada vez que escribo me muero. [...] entonces, me dicen que estoy loco, y váyase pa'l carajo, estoy de *profundis clamis*. A veces siento también que soy mujer, no sé... me siento una diosa en el crepúsculo, una mujer universal, una sirena. Cuando escribo como mujer soy más delirante. Cuando escribo como mujer es cuando estoy aquí encerrado... y cuando me siento o escribo como hombre estoy marchita de oro, así. Tengo siglos. No conozco a mi padre. No conozco a mi madre. Mi madre fue violada en Cartagena por un extranjero italiano; mi abuela dice que era francés. Mi padre que me dio el apellido era un *man* de pueblo, un cultural, era un indio”.

“El internamiento es una melancolía y un hondo abismo...”

(Robinson)

Así, él va a persistir en su condición múltiple y transfigurada, un afán de trascendencia mística, con un padecimiento que, a fin de cuentas, reside en un “jamás volver a ser el mismo”: es decir esa relación conflictiva que gravita y se genera a partir de la experiencia de *ser otro sabiéndose uno mismo*. Deleuze va a definir esta vivencia del cuerpo transfigurado en términos de un sujeto transposicional: es decir, una superposición de flujos e identidades personales en constante creación y destrucción, donde “el esquizo no es mujer y hombre al mismo tiempo, es mujer del lado de las mujeres y hombre del lado de los hombres [...] cada uno en una banda de intensidades puras, en las cuales el sujeto y la intensidad se crean al tiempo y desaparecen al trasladarse a otra banda de identidad, donde ocurre la misma operación” (citado en Pinzón, 1989: 101).

4.2.2. Ignacio y el susto

La decisión de Ignacio de confiar el diagnóstico y el tratamiento de sus tormentos físicos y mentales al curandero, lo introduce entonces en el discurso y prácticas del modelo explicativo curanderil, donde van a intervenir tanto componentes rituales ligados a lo mágico-religioso, como componentes médicos en el proceso terapéutico: al propiciarse el primer contacto con el curandero, en virtud de las razones aducidas de “las soluciones al mal causante de su sufrimiento estaba en manos de curanderos antes que psiquiatras”

“pero fíjate, desde que lo atendió el psiquiatra en el Troconis, desde ahí lo han atendido sólo curiosos (curanderos), porque él (Ignacio) dice que el psiquiatra lo que le manda es calmantes y vuelve y le da. Pero el curandero ahora que lo está curando ahora se ve que sabe, sabe qué es la enfermedad de él. Le dijo que “no piense que se va a morir, porque usted tiene una vida larga”, que le pidió la mano y le dijo eso. Entonces que lo acabe de curar el doctor ese (curandero) que lo está curando allá”.

Así, se da curso a un proceso de validación en la relación curador-paciente, de la cual deben surgir aquellos aspectos concretos del diagnóstico de enfermedad basado en una adecuada contextualización de los síntomas: síntomas que son descritos y explicados desde la vivencia subjetiva de Ignacio acerca de su mal, para luego ser caracterizados por el

curandero mediante la combinación de la objetivación del mal, y elementos propios de una parafernalia místico religiosa.

Dentro de la exposición de causas y motivos de su padecimiento, Ignacio incluye una sensación de miedo que de pronto lo invade; picazón en la cabeza, dolor en el hígado; falta de apetito y la sensación de debilidad. De igual forma, sus ideaciones de persecución y su aislamiento gradual por el temor de ser *atrapado*. De acuerdo con esto, el curandero confirma la presencia de un mal, con capacidad para perturbar tanto algunos órganos vitales como “la mente”, relacionando ésta última con la dimensión emocional y espiritual: dicho con otras palabras, con la voluntad de la persona.

Aunque el curandero no descartó “el susto recibido en el ejército” como el origen de la enfermedad, pudo advertir que esto sólo significaba el preámbulo, el “abrir las puertas” para la intromisión de una entidad malévolas que, en ese momento no pudo ser establecida plenamente. De ahí que el diagnóstico apuntó hacia el restablecimiento del equilibrio y armonía vitales de las que Ignacio había sido despojado a raíz de ese evento traumático y perturbador.

“El tipo (curandero) le dijo que tenía un mal alojado en el estómago, y que eso era lo que ocasionaba la picazón en la cabeza y el cuerpo. Así que le dijo “no le comas a nadie ni le tomes nada a nadie que no sea familiar tuyo; le mandó unas botellas de remedio y otras para bañarse, pa’ sacale el mal. Antes se acostaba y se dormía con las pastillas esas que le mandó el psiquiatra que son pa’ llamale sueño, pero ya no toma los calmantes”.

Además de las “botellas de remedio” y baños a base de plantas medicinales, esto venía del componente mágico ritual ejecutado por el curandero, indispensable para completar el tratamiento: éste se llevó a cabo en el consultorio y consistió en acostar a Ignacio en una cama, acto seguido frotar una rama (no especificada) por cabeza y abdomen reforzando la acción con rezos y arengas; y todo esto acompañado de un fuerte olor a incienso y veladoras encendidas. Esta práctica de sanación duraba alrededor de unos treinta minutos, y se repitió en tres ocasiones durante las primeras semanas del tratamiento; mientras que el proceso purgativo y de limpieza del cuerpo debía extender por más tiempo y con mayor periodicidad.

Al parecer, Ignacio intuía la *naturaleza* de su enfermedad, lo que resultó conveniente al momento de confrontarla con el modelo explicativo del curandero, en la medida que las transacciones presentes en el proceso de salud-enfermedad y atención, respecto a la relación curador-paciente, pudieron ser muchos más fluidas y de mayor relevancia en cuanto a la eficacia simbólica de las prácticas y tratamiento para contrarrestar el padecimiento. Sin embargo, esto no se presenta de manera mecánica ni necesariamente la ratificación diagnóstica asegura *per se* la legitimación de las prácticas terapéuticas: por ejemplo, Ignacio acudió en primer término a la consulta psiquiátrica, luego a un curandero que a su juicio resultó ineficaz, hasta dar con un segundo curandero, y con una evaluación efectiva de su estado de malestar.

Lo que me interesa subrayar aquí es la configuración cultural en el marco del proceso de salud- enfermedad y atención, a partir de la imbricación de lo fenomenológico, la objetivación de los síntomas de acuerdo a evaluaciones y significados asignados culturalmente; y la validación de saberes y prácticas históricamente construidos. En el campo de la eficacia simbólica de las terapéuticas implementadas, intervienen conjuntamente, el seguimiento por parte del paciente de aquello médicamente prescrito por el curador; una intervención-acción del curandero, a través de una adecuada canalización de su energía y fuerza vital necesarias para compensar la pérdida de equilibrio físico y psíquico del enfermo; también aparecen las redes sociales que apoyan y legitiman el proceso de atención, vinculando así las representaciones de salud y enfermedad con las instituciones o sistemas médicos y sus respectivos tratamientos.

“[...]pero fijate, ya tiene quince días que fue a Bosconia, lo llevó un amigo mío allá donde un curandero. Todo fue por medio del amigo, porque él tenía una hija que también se estaba perdiendo en la mente. Entonces me dijo a mi para llevar a Ignacio (luego de haber consultado aquí en Santa Marta): se fueron, pero malo, malo que estaba Ignacio; que se fue porque decía que se sentía cuando la persona sufre de artritis, decía que era cáncer, dolor en el hígado, decía que le estaba pudriendo.

...Ahora él ya a cambio a como era antes. Está trabajando, viene en la tardecita, y yo siempre por necesidad le pregunto: ajá ¿como te has sentido? Y me dice: “nada papá, ya no me siento nada, ni picazón, ni dolor en el hígado, con los remedios que estoy tomando. Ese señor sabe porque se me ha

quita todo, ya no creo que me siga el malestar que yo tenía, ni la cabeza me pica ni nada, ya me siento bien del cerebro”. Nosotros le decimos entonces “viste que lo tuyo era mental”.

Toda esa recuperación ha sido de los dos últimos años, lo que pasa es que dura dos o tres meses así sin darle nada, y de pronto vuelve y le da, y así está...”.

A pesar de la descalificación inicial de Ignacio del discurso y prácticas del sistema médico oficial, en la actualidad sigue manteniendo vínculos, más o menos frecuentes, con ambos sistemas: específicamente en lo que tiene que ver con el suministro y consumo de medicamentos, renovando periódicamente lo que él y su familia catalogan como pastillas “calmantes de nervios”. Y prácticamente de manera recurrente al sistema médico popular, siguiendo su tratamiento con las “botellas de remedio” a base de hierbas y plantas naturales prescritas por el curandero.

4.2.3. Walter o el juego de los espejos

He procurado centrar el análisis de la trayectoria de Walter desde el punto de vista de la construcción occidental del loco en relación con la figura del internamiento u hospitalización psiquiátrica. De esta manera, experiencias como la de Walter quedan inscritas en un proceso de institucionalización de la locura, donde a partir de la activación de una serie de estrategias y dispositivos normativos, propios del modelo hospitalario, se construye un sujeto enfermo y se redefine su experiencia con la locura. Asistimos entonces a un proceso en el cual, bajo la lógica hospitalaria, el nuevo paciente queda a merced de un modelo asistencial, que empieza por la tipificación o inscripción del sujeto de acuerdo a unos procedimientos tendientes a valorar y significar actos, respuestas, percepciones y discursos: procedimientos y técnicas clínicas que conducen al paradigma interpretativo de diagnósticos y categorías nosológicas, desembocando en tiempos, espacios y vidas reglados institucionalmente, donde el nuevo paciente se topa con un permanente reforzamiento de la lógica disciplinaria en tanto tratamiento y control médicos.

En este sentido, Goffman llama la atención en cómo esta transición del sujeto a la nueva categoría de enfermo mental trae consigo toda una serie de cambios y expectativas que pueden requerir una especie de ajustes socioculturales: aquí es donde la persona puede materializar unos patrones dictados culturalmente, los potencia e intenta un acomodamiento dadas las características de su nueva condición. En suma, percibe unas nuevas reglas del juego, en términos de sus estrategias socioculturales: la percepción de sí mismo y de los demás requieren otros referentes -los del internamiento-, que a la vez le exige establecer unas coordenadas espacio temporales en procura de una eficaz interpretación de la realidad circundante.

“A semejanza del neófito en muchas de estas instituciones totales, el nuevo paciente se encuentra desposeído de pronto de una cantidad de sus afirmaciones, satisfacciones y defensas ordinarias, y sometido a una sucesión casi exhaustiva de experiencias mortificantes: restricción de la libertad de movimiento, vida en común, autoridad difusa de toda una escala jerárquica y otras similares. Aprende entonces en qué pobre medida puede mantenerse la imagen de uno mismo, cuando se quitan repentinamente el conjunto de respaldos que por lo general lo apoyaban” (Goffman, 1982: 152).

En efecto, desde años atrás Walter ha caído en el círculo vicioso de reiterados ingresos al pabellón psiquiátrico, y donde las marcas de la institucionalización se hacen evidentes, específicamente a través de su estructura objetivante, también es cierto que dicha institucionalización inaugura una especie de lucha simbólica en torno a la construcción de la enfermedad mental: por un lado, aparecen unas determinadas prácticas sociales provenientes del sistema hospitalario, las cuales a través del personal asistencial se orientan hacia la asignación de significados, según un orden clasificatorio. Por otro, las distintas visiones y producciones de *sentido* surgidas de los propios pacientes y de acuerdo a sus particulares vivencias de la enfermedad.

Uno de los aspectos fundamentales del modelo de internamiento psiquiátrico, es su capacidad para instituir un régimen de ubicación y disposición espacio-temporal al interior del pabellón: esto tiene especial implicación en los pacientes y sus trayectorias terapéuticas, en la medida que proporciona una “ilusión asistencial”, cuando en realidad está

implementando los dispositivos de captura, psiquiatrizando el cuerpo y reforzando la condición de enfermo mental.

“Esto es un paraíso (el CRFT). Esto es un paraíso... el Troconis, para los pacientes. Principalmente la base fundamental para recuperarse es el trato que tiene aquí, ya... y una armonía entre todos los enfermos; el que se queje es por que se quiere quejarse, porque a uno le falta la libertad, ya, está uno... se deprime uno aquí a'entro, por la presión que uno quisiera... ver a sus familiares, a sus amigos, están en la calle y ahí no lo puede está; pero uno se conforma porque uno sabe que necesita ese tratamiento: yo soy consciente que necesitaba el tratamiento porque el alcohol me afectaba bastante y yo buscaba el escape de todos los problemas, tanto amorosos como sociales, en el bendito trago. No sabiendo que yo me estaba haciendo un daño, ya...y yo quisiera que esta experiencia que yo vivo no la viviera ningún otro ser humano... Esto, esto es duro, eso es terrible aquí a'entro aunque hay todo ese compás y toda esa armonía, pero siempre está uno como preso... que sacaran a sus pacientes, que hubiera un programa de rehabilitación, que sacaran a sus... no todos los días pero si ciertos días a pasear a las calles, al parque, ¡ a la playa, a darse un baño de mar!. A tené ese contacto, ya, con la sociedad, ya... hace falta bastante”.

“[...]En el espacio que uno está conviviendo ahí, uno adquiere una amistad con el compañero...compañerismo, ya; hay otros que ni se saludan y... y uno los deja que pasen por el lado de uno y lo ignora, ya... a las personas así uno las ignora, a los que están agresivos. Hay otros que están ahí... que estamos ahí pero están normales: por su modo de actitud, modo de actuar, su modo de pensar; el modo de pensar que ellos anhelan estar en la calle o en la libertad digamos así para desempeñar lo que ellos saben desempeñar, cualquier arte, ya... hay trabajadores, hay otros que por problemas que han tenido con las autoridades están recluidos ahí³⁴: esa gente están ahí pero ahora son unas personas diferentes... diferentes en el sentido que ahí uno cambia el modo hasta de pensar, porque ya uno no se va a comportar como se estaba comportando antes, ya, de tener digamos no ya ese castigo sino como regirse, ya... a la sociedad. Uno tiene que regirse a la sociedad, porque a veces vivimos en el marco de la sociedad”.

Con el paso del tiempo, el hospital se ha ido instalando en la trayectoria de Walter, a tal punto que la propia percepción de los eventos que -según él- lo llevan una y otra vez a la condición de reclusión psiquiátrica, y donde en principio asignaba al abuso del alcohol como el principal causante de sus males, ahora su construcción de la enfermedad – y por ende, su trayectoria terapéutica- conviene más con la justificación de la razón médica, y la asimilación de la lógica psiquiátrica³⁵, y esto como resultado de un largo proceso de alienación. De ahí que la perspectiva valorativa, es decir, su vivencia de la enfermedad,

³⁴ Walter hace referencia a aquellos pacientes internos considerados como inimputables, que vienen remitidos de la cárcel distrital: este grupo poblacional, aunque no representa la mayoría en el total de pacientes recluidos en el CRFT, si representa un porcentaje significativo.

³⁵ Esto es posible constatarlo, por ejemplo, cuando Walter se refiere a *otros* pacientes en condición de internamiento, sobre todo aquellos que, a su juicio, de manera errónea *desean persistir en su locura*, o los que rechazan el tratamiento, y el rigor institucional en general.

haya devenido posteriormente en consideraciones más del tipo de reprobación moral en el plano individual, que aquellas estrictamente comportamentales y sus efectos en su medio social.

“La impresión es que hay unos pacientes que no quieren aceptar la realidad, inclusive hay unos que no quieren aceptar ni el tratamiento: ellos no quieren salirse de ese mundo, siguen con su misma idea ya, y uno si llega ahí es para cambiar de pensar, de pensar diferente, ya, de sacarse ese mundo de errores que vive ¿no?, porque es un error en que uno ha andao’ y ese error es la causa que uno pierda el control; hay tantos errores que uno comete en la vida, por deci el de la droga... !grandísimo!

mira, yo ahora tengo el problema con la mala circulación, posiblemente el azúcar, de ahí se me hicieron las llagas, me caí en la bicicleta borracho...porque tenía el negocio, como me daba (plata) y estaba separado de la mamá de mis tres hijos pequeños y eso era, la llamé a Bucaramanga y dijo que si, que íbamos... a reconcilianos y después me salió con un... y me refugié en el alcohol: buscaba el escape de ese problema era en el alcohol.

“Así mismos ellos (los pacientes) se han creado una imagen diferente, que si es sol es sol, y si es agua es agua, ya, entonces uno lo deja, uno ya no comparte con ellos cualquier idea, cualquier iniciativa porque uno lo ve que *ellos* están apartados... de la sociedad. Viven apartados, se aíslan. En cambio, si uno está hospitalizado y charla con los compañeros tiene que acepta la realidad de uno viviendo: el porqué esta ahí, el por qué tiene... necesita ese tratamiento. Hay personas que se encierran en sí mismas, inclusive que hay médicos que les preguntan y ni responden sino se encierran; hay unos hasta se enmudecen, hay otros que hablan demasiado y no concuerdan las palabras porque se están saliendo de sí mismos: no están normales y necesitan el tratamiento. Como hay otros que están normales ahí y pueden conversar con usted de cualquier tema...

“[...]lo importante de los pacientes con problemas es aceptar la enfermedad y, es la mayoría, no quieren aceptar el tratamiento; yo pienso que es que ellos no son conscientes, ya... por que ellos no son conscientes de la gravedad de la enfermedad que tienen: esa es una enfermedad, según me han comentado a mí, uno tiene que estar constantemente con el tratamiento”

En este proceso de construcción social y cultural de la enfermedad mental, el tratamiento nos remite a considerar la estructura institucional en términos de la validación terapéutica, y de su eficacia simbólica, donde participan tanto los agentes terapéuticos, como los pacientes y su grupo social de pertenencia. Sin embargo, convenir con la aceptación de la enfermedad —o sea sobrepasar la dimensión del padecimiento para enfrentarse a una valoración significativa social e institucionalmente, de la condición de *enfermo mental*- no sugiere, de ninguna manera, la culminación del proceso; por el contrario, apunta hacia la reelaboración permanente de los discursos y prácticas que entran en juego, en la situación

de re-internamientos psiquiátricos. En suma, la trayectoria de Walter se bifurca en dos aspectos que resultan conflictivos, en cada reingreso al hospital: por un lado, como práctica social y cultural, prevalece la marca institucional con sus estructuras objetivas, y donde operan discursos (saber psiquiátrico), significados (actos de significación como la evaluación diagnóstica y medicación), y prácticas (hospitalización). Por otro, hay que tener en cuenta los efectos de dicha institucionalización en la esfera identitaria de Walter, en sus pautas de comportamiento, y de percepciones sociales dadas las circunstancias de reclusión más o menos frecuentes.

“El medicamento es eficaz a’entro. Yo no conciliaba el sueño, apenas llegaba aquí me ponen a dormí, incluso la primera vez me pusieron a dormí como tres días; yo no recuerdo bien cuando volví, ya. La segunda vez lo mismo. Así lo mismo fue en Bucaramanga, y en Barranquilla.

Yo he luchado contra eso: anoche me tomé un cuarto de la dotzopina, y con el favor de Dios yo pienso dejajla, porque yo conozco unas plantas que me pueden conciliar el sueño: como la espinaca. Usted coge la espinaca, diez hojitas y la echa a herví en un poquito de agua y se la consume; no la puede reemplazar (a la dotzipina) pero si conciliar el sueño el paciente... una toma de espinaca; esa fórmula me la dio un hermano mío, ya, de la misma religión porque yo pertencí al grupo catequista de oración del sur de Bolívar: el hermano Luís, un párroco, y él compartía conmigo las ideas. Un día me dijo “vea Walter no tome más eso (en ese tiempo me daban a mi el Cinogan), no la consuma más, haga la toma de espinaca medio vaso antes de acostase”; una vez me recuperé de los nervios, dormía tranquilamente”... yo estoy durmiendo bien, ya; un cuarto de dotzopina, la medicina que me da el doctor(...) del Fernando Troconis. Esa pastilla es carísima y aquí a los pacientes el Estado en vez de tené las droguerías por ahí afuera debería tenerla aquí a’entro (en el CRFT), para cada paciente que salga y no tenga el dinero (porque esa droga es carísima), dársela, ya: si la da salud distrital por qué no la puede da’ el hospital; pa’ que el paciente salga con su tratamiento, porque hay pacientes que recaen es por falta del tratamiento. No tiene los recursos económicos y si van a salud distrital compadre hoy en día hay que hacer es un drama para que le den a uno la droga, yo te lo comenté porque he pasado por eso”.

“[...] Afuera que uno sigue con el mismo tratamiento, ya, a veces yo me apartaba del tratamiento: yo creo que más veces eso me afectaba porque me apartaba del tratamiento y comenzaba a consumir el alcohol, entonces venían los roces con la familia, eh! Roces más que todo con los familiares...”

En la interpretación de una práctica sociocultural como el internamiento psiquiátrico, lo que me ha interesado es, pues, ver su incidencia en las distintas trayectorias terapéuticas de aquellas personas que, de una u otra manera, han acudido al sistema médico oficial como una forma de contrarrestar un padecimiento mental: ver de qué modo y en qué medida, el discurso psiquiátrico se va instalando en los cuerpos y en la locura; ver cómo la locura en tanto discurso y vivencia, es prácticamente anulada, para ser *nombrada e inscrita* en los límites de la lógica hospitalaria, bajo el sino de la enfermedad mental.

5. CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de esta investigación, tuve ocasión de encontrarme con toda una gama de opiniones, creencias y definiciones acerca de un fenómeno como la locura, las cuales comprendían un amplio espectro que podía ir desde el exceso de subjetividad; o el privilegio de visiones y sentimientos surgidos desde el mundo interior de la persona, generando esto una anormalidad, una distorsión de la realidad circundante; hasta la presencia de entidades y espíritus malignos que se posesionan del cuerpo y de la mente como resultado de prácticas de brujería. En todo caso, los testimonios coincidían en resaltar la naturaleza extraña e indeterminada en la comprensión de sus manifestaciones.

De ahí, que fuese necesario indagar por la multiplicidad de factores históricos, sociales y culturales implicados en el proceso de salud-enfermedad y atención que pudieran dar cuenta tanto de la construcción de la figura del loco al interior de nuestro sistema social, así como de las distintas trayectorias terapéuticas puestas en curso a través del acceso a las distintas alternativas aquí ya expuestas, entrando en juego un complejo pluralismo asistencial, cuya principal característica radica en los distintos niveles y modalidades de *intervención* de la experiencia de enfermedad, apuntando a la explicación e interpretación de sus síntomas y manifestaciones a partir de la consideración de ciertas representaciones de la salud y de la enfermedad mental, y de unas nociones de normalidad y anormalidad culturalmente delimitadas.

Entonces, desde la perspectiva de la coexistencia de los distintos sistemas médicos, y que operan en la vida cotidiana de los sectores sociales populares al momento de trazar sus recorridos terapéuticos, articulado con el concepto de campo relacional propuesto por Menéndez, fue posible poner en situación los sistemas médicos oficial y popular en sus representaciones y prácticas, evitando tomarlos de manera aislada, para analizarlos en

términos de su operatividad en la realidad del sujeto enfermo, y su incidencia en las trayectorias terapéuticas. Lo cual no implica que se hayan soslayado las respectivas particularidades de los sistemas en mención que, para el caso del sistema oficial, el énfasis estuvo en una aproximación a la construcción del sujeto enfermo mental, es decir de la figura del loco atrapado ahora por el poder psiquiátrico, y amparado en el orden institucional-oficial hegemónico.

En este sistema oficial, se entiende el sujeto desde un marco referencial de lo patológico, de los trastornos psíquicos y desde allí es *nombrado*, para luego ser instituido según un saber psiquiátrico, desplegando así sus estrategias y técnicas de captura del sujeto en tanto enfermo mental. Como se revisó en el primer capítulo de esta investigación, la legitimación del ejercicio del poder psiquiátrico procede de unas condiciones históricas, políticas y sociales propias de las sociedades occidentales, que paulatinamente fueron trasladando la experiencia de la locura a los límites del hospital.

Precisamente, la práctica del internamiento ha sido vista aquí en el marco de las trayectorias terapéuticas, sobre todo en la relación institución-paciente: por su parte, la institución acude a su poder disciplinario para reconstituir lo que ésta considera como un *yo extraviado*, bajo el modelo correccional de las actitudes y comportamientos erráticos que el paciente debe superar si quiere recuperar sus vínculos psicoafectivos y sociales; para el paciente es una lucha simbólica que lo sitúa en la posición desmoralizante de una constante articulación y desarticulación de su vivencia subjetiva de la enfermedad, como forma de asimilación pero también de resistencia del orden manicomial.

En lo que respecta a un sistema médico popular, su relevancia reside en la comprobación de la vigencia de unas prácticas y tratamientos médicos provenientes del modelo explicativo del curanderismo urbano, de amplio reconocimiento y uso por parte de sectores sociales cada vez más diversos de la ciudad de Santa Marta. Podemos decir que tal reconocimiento está relacionado con una serie de factores de distinta índole, los cuales pude identificar al entrar en contacto tanto con agentes curadores como sus pacientes. Uno de los más

significativos tiene que ver con los niveles de concordancia de las representaciones de salud y enfermedad, los cuales logran una integración de las percepciones que se tiene de los “males” y por ende, la forma de curarlos: esto a su vez se ve tiene especial incidencia en la eficacia simbólica del proceso terapéutico al interior del sistema médico popular.

En realidad, esta demarcación de rutas diversas a lo largo de ese periplo que va desde el umbral de enfermedad hasta las prácticas curativas implementadas para contrarrestar los padecimientos, lo que evidencia es un proceso dinámico y complejo que involucra una multiplicidad de actores, perspectivas y prácticas que desbordan la sola consideración de la intervención médica o sanitaria, y los cuales resulta imperioso tomarlos en cuenta si se quiere comprender la experiencia global de la enfermedad mental, sus manifestaciones y el contexto en que ésta surge.

En consecuencia, lo que he intentado mostrar es justamente hasta donde y en qué medida las personas articulan sus propias políticas de vida ante la adversidad y el dolor que toda circunstancia de enfermedad genera; además, ver cómo se diseñan esas estrategias que permiten una vivencia con la locura, y de ahí que en el fondo lo que se persigue a través del circuito febril de las trayectorias terapéuticas aquí expuestas, sea el reconocimiento de un rostro comprensible del padecimiento mental y sus manifestaciones.

Porque si lo que se plantea desde los distintos saberes, agentes e instituciones es un lucha simbólica, un enfrentamiento de sus modelos explicativos como expresión de ordenamiento y objetivación, y que apuntan hacia el ejercicio de un poder; para el que padece y su grupo lo que podría estar en juego son aquellas acciones y significados que dotan de *sentido* a sus elaboraciones culturales de las dimensiones de salud y enfermedad. En otras palabras, la preocupación central a lo largo de este trabajo siempre estuvo en aquellos itinerarios terapéuticos que, del lado del enfermo se convierten en un complejo interpretativo que éste hace de sus padecimientos mentales, y de su forma de resolver acontecimientos de vida signados por su experiencia singular preñada de subjetividad y delirio.

Finalmente, todo esto representa apenas una aproximación al reto que significa comprender las dimensiones de salud y de enfermedad contenidas en nuestro sistema cultural, y la posibilidad de acudir a la tarea de definir horizontes de encuentro entre el diseño y aplicación de unas políticas públicas en salud con una acertada inserción en el mundo social de la ciudad y la región caribe con todas sus particularidades, y donde el enfoque disciplinario de una corriente como la antropología médica tiene mucho que decir, y todo por hacer.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

ARAYA UMAÑA, Sandra. 2002. las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión. En *Cuadernos de Ciencias Sociales*, núm. 127, San José: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). [Versión online].

BASAGLIA, Franco et al. 1980. Razón, locura y sociedad. México D.F.: Siglo XXI Editores S.A.

BASTIDE, Roger. 2003. Le rêve, la transe et la folie. Paris: Éditions du Seuil.

BIBEAU, Gilles. 1993. ¿Hay una enfermedad en las Américas?. Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. En *Cultura y salud en la construcción de las Américas*, Bogotá: ICAN-Colcultura, Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli.

CAICEDO, Alhena. 2003. Aproximaciones a una antropología reflexiva. En *Revista Tabula Rasa*, núm. 1, Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

CARVALHO, José Jorge. 2001. El misticismo de los espíritus marginales. En *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. XXXVII, Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología ICAN.

CASTALDO COSSA, Miriam. 2002. repensando los trastornos mentales. En *Revista Diálogo antropológico*, año 1, N° 1, México D.F.: Programa Doctoral en Antropología, UNAM. [Versión online].

CASTEL, Robert. 1984. La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis. Barcelona: Editorial Anagrama.

CORTES, Carolina. URIBE, Carlos y VASQUEZ, Rafael. 2005. Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXXIV, núm.2, Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría. [Versión online].

DURKHEIM, Emile. 1985. Las reglas del método sociológico. Barcelona: Editorial Orbis, S.A.

ELIADE, Mircea. 1996. El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

FASSIN, DIDIER. 2004. Entre las políticas de la viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología. En *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. XXXX. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología ICAN.

----- . 1999. La patetización del mundo. Ensayos de antropología política del sufrimiento. En Garay y Viveros (comp.) *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas , Universidad Nacional de Colombia, Colección CES.

FERREIRA, Leticia. HERNÁEZ, Ángel. 2003. Ulises, Greta y otras vidas. Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil. En *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 3, núm 1. [Versión online].

FOUCAULT, Michel. 2003. Le pouvoir psychiatrique. *Cours au Collège de France*. 1973-1974. Paris: Editions Gallimard et Editions du Seuil.

----- . 2002a. El orden del discurso. Barcelona: Fábula. Tusquets Editores.

----- . 2002b. *Maladie mentale : et psychologie*. Paris: Quadrige/Puf.

----- . 2000. La historia de la locura en la época clásica tomos I. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

GARAY, Gloria, PINZON, Carlos. 1999. salud y subjetividad urbana. En Garay y Viveros (comp.) *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Colección CES.

GARCIA CANCLINI, Néstor. 1996. Culturas híbridas. México D.F: Grijalbo.

GEERTZ, Clifford. 1994. “Desde el punto de vista del nativo”: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico. En *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Piados Básica. Cap. 3, pp. 73-90.

----- . 1993. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En Bohannan y Glazer (comp.) *Lecturas antropológicas*, Madrid: McGraw-Hill /Interamericana de España, S.A.

----- . 1987. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA, Secretaria de Desarrollo de la Salud y Plan de Atención Básica. 2003. Política Departamental de Salud Mental. Santa Marta: Oficina de Planeación y Estadística del Centro de Rehabilitación Fernando Troconis.

GOFFMAN, Erving. 1982. Internados. Ensayos sobre la situación actual de los enfermos mentales. Buenos aires: Amorrortu.

GUYOTAT, Jean. 1994. Estudios de antropología psiquiátrica. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

HERNÁNDEZ, Mario. 2002. La salud fragmentada en Colombia, 1910 – 1946. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

LAPLANTINE, Francois. 1989. Medicinas tradicionales y medicina oficial en Brasil. Doble perspectiva: antropología médica y antropología religiosa. En *América Indígena*, Vol. XLIX, núm. 4, México D.F.: Instituto Indigenista Interamericano.

LÉVI-STRAUSS, CLAUDE. 1997. El pensamiento salvaje. Santafé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica.

MARTINEZ HERNAEZ, Hernán. 1998. Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. En *Revista Asociación Especialistas en Neuropsiquiatría*, Vol. XVIII, n.º 68, Barcelona: Universidad de Barcelona y de la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona). [Versión online].

MEMEL-FOTE, Harris. 1996. Una medicina en vías de modernización en Africa: el ejemplo de Cote D'Ivoire. <http://www.unesco.org/issj/ncs161/memefotespa.html>. Agosto de 2004.

MENENDEZ, Eduardo. 1994. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. En *Alteridades*, año 4, núm. 7, México: UAM-Iztapalapa, pp 71-83. [Versión online].

----- 2002. El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico. En *Revista de Antropología Social*, Vol, 11 pp. 39-87. [Versión online].

PEDERSEN, Duncan. 1989. Curanderos, Divinidades, Santos y Doctores: Elementos para el análisis de los sistemas médicos. En *América Indígena*, Vol. 49, N° 4. México.

----- 1993. La construcción cultural de la salud y la enfermedad en América Latina. En *Cultura y salud en la construcción de las Américas*, Bogotá: ICAN-Colcultura, Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli.

PINZON, Carlos. SUAREZ, Rosa. 1990. Etnocidio y locura. En *Revista colombiana de antropología* Vol. XXVII. Bogotá: ICAN. Colcultura.

------. 1989. El cuerpo humano, la medicina y la cultura. En *Memorias del Simposio Medicina tradicional, curanderismo y cultura popular en Colombia*. V Congreso Nacional de Antropología, Villa de Leyva: ICAN.

PINZON, C. SUAREZ, R. GARAY, G. 1993. A la búsqueda de nueva dimensiones de los procesos de conocimiento de la salud y de la enfermedad. En *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. XXX, Bogotá: Instituto Colombiana de Antropología ICAN.

------. 1993. Modernidad, cultura popular y salud. En *Cultura y salud en la construcción de las Américas*, Bogotá: ICAN-Colcultura, Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli.

ROSELLI, Humberto. 1987. El profesor Maximiano Rueda Galvis. Primer psiquiatra colombiano (1886 - 1944). En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XVI, núm.1, Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría. [Versión online].

RUBEL, A. O NELL, C. COLLADO, R. 1995. Susto. Una enfermedad popular. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. LEY 100 de 1993. Edición actualizada, 2006. Momo Ediciones.

TAUSSIG, Michael. 1993. La magia del Estado. En *Cultura y salud en la construcción de la Américas*, Bogotá: ICAN-Colcultura, Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli.

TORRES LOPEZ, María. 1999. "Sangre y azúcar". Representaciones sobre la diabetes de enfermos crónicos de un barrio de Guadalajara, México. Tesis para obtener el grado de Doctor en Antropología Social y Cultural. Universidad Rovira y Virgili, Tarragona, España. [Versión online].

URIBE, Carlos Alberto. 2000. la controversia por la cultura en el DSM-IV. En *Revista colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXIX N 4. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría. [Versión online].

------. 1999. Narración, mito y enfermedad mental. Hacia una psiquiatría transcultural. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXVIII, núm.3, Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría. [Versión online].

------. 1998. Ritual y locura. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXVII, núm. 1, Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría. [Versión online].

URREA, Fernando. ZAPATA, Diego. 1992. El síndrome de los nervios en el imaginario popular de una población urbana en Cali, Colombia. En *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. XXIX, Bogotá: ICAN – Colcultura.

VIVEROS, Mara. 1993. La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre la salud y la enfermedad. En *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. XXX, Bogotá: Instituto Colombiana de Antropología ICAN.

ANEXOS

**PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL Y MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
NACIONES UNIDAS, ASAMBLEA GENERAL, RESOLUCION 46 /119 DEL 17 DE
DICIEMBRE DE 1991.**

(RESUMEN)

Aplicación

Los presentes Principios se aplicaran sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

CLAUSULA GENERAL DE LIMITACIÓN

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios solo podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Principio 3

La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

Principio 4

Determinación de una enfermedad mental

1. La Determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamiento o de hospitalización no bastará por sí sólo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.

5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de éstas.

Principio 5

Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a exámen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

Principio 7

Importancia de la comunidad y de la cultura

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.
2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.
3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

Principio 9

Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.
3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los medidos, la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricas.
4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Principio 15

Principios de admisión

1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.
2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.
3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el Principio 16 infra, el paciente será informado de ese derecho.

Principio 16

Admisión involuntaria

1. Una persona solo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

- a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o
- b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

En el caso a que se refiere el apartado b del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios, cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescritas por la legislación nacional.

Principio 19

Acceso a la información

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause daño a terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esa clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.

2. Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor, deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

Principio 20

Delincuentes

1. El presente Principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra.

3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

4. El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra.

POLITICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Fundamentos. En el Editorial de la RED de noviembre de 1999, el Doctor Virgilio Galvis Ramírez, Ministro de Salud en Colombia, señalaba que:

“la Política Nacional de Salud Mental en Colombia, hace parte del esfuerzo del Estado Colombiano por desarrollar un derecho económico y social como es la salud. Señala que parte del proceso de conservación y recuperación de la salud mental debe hacernos capaces de asombrarnos, de devolvemos la capacidad de soñar, de planear, y de confiar en un futuro entendiendo que estas habilidades no coincide en términos de tiempo y/o espacio, que somos parte de un conglomerado plural donde para empezar a construir el cambio debemos ser tolerantes.

La Política de Salud Mental es un intento integral que asume y respeta esas diferencias, trazando metas para que los ENTES DEPARTAMENTALES de acuerdo con su realidad de desarrollo en términos de talento humano, estructura y recursos elaboren los PLANES DEPARTAMENTALES que permitan alcanzar las metas que se han propuesto. Al ser una política integral no descuida los elementos esenciales de la propuesta que se realiza en la Promoción de las salud y prevención de la enfermedad, ni las funciones inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud como el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción del trastorno mental cuando este aparece.

La Política asume el problema de las conductas adictivas a sustancias psicoactivas, estableciendo la creación de la estrategia AICA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS con recursos del Fondo Nacional de Estupefacientes, incluida como Estrategia en el Plan de Desarrollo Nacional. Otra propuesta de la Política es la de Emplear la Estrategia de Atención Comunitaria en Salud Mental, con la colaboración de la O.P.S.

Recuperar la Salud Mental es uno de los caminos que debemos transitar para alcanzar el CAMBIO de esta dura realidad que vivimos, contribuyendo de esta manera a la construcción de la paz para así volver a soñar”.

Salud Mental. La Política Nacional de Salud Mental en Colombia Señala que la *SALUD MENTAL* es un proceso que incorpora aspectos biopsicosociales y la define como:

“LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS Y DE LOS GRUPOS PARA INTERACTUAR ENTRE SÍ Y CON EL MEDIO AMBIENTE; UN MODO DE PROMOVER EL BIENESTAR SUBJETIVO, EL DESARROLLO Y USO

ÓPTIMO DE LAS POTENCIALIDADES PSICOLÓGICAS YA SEAN COGNITIVAS, AFECTIVAS O RELACIONALES. ASÍ MISMO EL LOGRO DE METAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN CONCORDANCIA CON LA JUSTICIA Y EL BIEN COMÚN ”

La Política Nacional de Salud Mental. Se refiere a *LA AGRUPACIÓN DE OBJETIVOS Y OPCIONES ESTRATÉGICAS QUE ORIENTAN Y GUÍAN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL, BASÁNDOSE EN PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES Y EN ARMONÍA CON LOS FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, LAS POLÍTICAS GENERALES DEL SECTOR, Y LAS DEMÁS DISPOSICIONES GUBERNAMENTALES QUE LE SEAN RELEVANTES.*

Entre las **Líneas de Acción** se encuentran:

- Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos;
- El control de los trastornos psiquiátricos : urgencias, crónicos, la comorbilidad de los trastornos físicos con trastornos mentales en la Consulta externa de medicina general;
- Los problemas psiquiátricos y emocionales de grupos muy expuestos ;
- Las Conductas adictivas y Los aspectos psicosociales de salud y desarrollo humano.

Los **objetivos generales** buscan:

- Promover la Salud Mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental
- Mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases.

Los objetivos específicos están encaminados a :

- Fomentar la cultura de la Salud Mental mediante actuaciones con individuos, grupos y comunidades;
- Prevenir la aparición de trastornos de Salud Mental en el país;
- Reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios en Salud Mental, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- Impulsar la rehabilitación psicosocial de los individuos, grupos y comunidades;
- Fomentar procesos de investigación básica y aplicada en Salud Mental y Fortalecer la red de instituciones y oferta de servicios en Salud Mental.

Las **estrategias y las opciones estratégicas o programas** son:

1. Fortalecer la Promoción de la Salud Mental

- Programa Habilidades para Vivir
- Programa Municipios Saludables
- Divulgación de Información sobre consumo de SPA y sus efectos en salud.
- Información y educación sobre los derechos del usuario con trastorno mentales en el SGSSS.

- Programas de educación interpersonal a grupos para el desarrollo de comportamientos saludables (Convivencia Pacífica, Solidaridad, Uso del Tiempo Libre).
- Fortalecimiento de Redes de Apoyo
- Impulso a la cultura del Autocuidado.

2. Prevenir y detectar precozmente los trastornos mentales en todos los entes territoriales

- Uso de los medios de comunicación masiva para difundir
- mensajes de promoción de la convivencia pacífica, valores dentro de la vida cotidiana y prevenir el maltrato infantil, violencia de género e intrafamiliar.
- Promover la Integración de los diferentes servicios de atención en Salud y la concertación con otros sectores para estimular los factores protectores y controlar los factores de riesgo de la salud mental.
- Asistencia técnica, asesoría y capacitación a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Vincular a los hospitales de primer nivel como mínimo un psicólogo, como punto de partida y acercamiento a la problemática de salud mental en el municipio.

3. La Reorientación en la prestación de servicios en Salud Mental

- Desarrollar un proceso de atención al enfermo mental fuera de las instituciones hospitalarias que considere las creencias y conocimientos de la población.
- Favorecer la integración social del enfermo mental por los beneficios para su recuperación, la reducción en las hospitalizaciones y costos al enfatizar el fomento de servicios ambulatorios.
- Orientación de programas de prevención de la minusvalía y discapacidad.
- Apoyo técnico y asesoría a los diferentes programas de salud Mental de los entes territoriales.

4. El Establecimiento de la calidad y equidad como principio fundamental de la atención

- Formación de Profesionales con capacidades técnicas, científicas y humanas para atender todas las fases del proceso salud-enfermedad: promoción, prevención, atención y rehabilitación.
- Incluir en el Sistema Nacional de Información en Salud, las variables de Salud Mental.
- Integrar a los Prestadores de Servicios de Salud Mental al Sistema de Garantía de Calidad.
- Fortalecer la Investigación relacionada con Salud Mental, Trastorno Mental y el fenómeno de la Violencia.

5. La Coordinación de la gestión intra e intersectorial

- Fomentar la gestión al interior del sector salud y con otros sectores a fin de fortalecer las redes de apoyo a la rehabilitación y la reinserción social.
- Brindar asistencia técnica, asesoría y capacitación a las entidades territoriales para asumir la responsabilidad en programas de salud mental de su población

6. Prevención del Uso indebido de Sustancias Psicoactivas

- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas mediante la promoción de estilos de vida saludables, las acciones de vigilancia en salud pública y el control de factores de riesgo.
- Desarrollo de las Guías de Atención Integral en adicciones a sustancias psicoactivas.-
- Poner en funcionamiento las UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS UAICA.
- Realizar las actividades establecidas en las Ley 30 de 1986m Ley 124 de 1995 y Resolución 6980 de 1991, para reducir el daño por el consumo de sustancias psicoactivas.
- Garantizar por el INVIMA la calidad de los medicamentos psiquiátricos y seguridad en la distribución de psicofármacos de uso medico por parte de las I.,P.S, supervisadas por las Secretarías de Salud.

7. Establecimiento de mecanismos de seguimiento, control y evaluación.

Las metas a corto plazo son :

- El 100% de los afiliados al SGSSS tendrán acceso a atención en salud mental del POS ;
- El 50% de los entes territoriales de salud departamental tendrán dependencias de salud mental con funciones de coordinación y supervisión de las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación ;
- El 10% del presupuesto total en salud a nivel nacional y territorial se destinara al desarrollo de actividades de salud mental ;
- El 100% de las E.P.S realizaran actividades de promoción y prevención en salud mental,
- Se adoptará la resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 emanada de las Naciones Unidas “Principios para la protección de las personas con enfermedad mental y mejoramiento de la atención en salud Mental”.
- Se iniciarán acciones de tratamiento y rehabilitación y reinserción social del paciente con trastorno mental : casas de pasos, hospital de día, empresa social, centro de salud mental comunitario, en los que se incluya el núcleo social.

Las metas a mediano plazo son :

- Se habrá asegurado que el 90% de los departamentos tengan una capacidad mínima de 0.25 camas/1.000 para la atención de trastorno mental, sin sobrepasar el 0.50/1000;

-Los promedios de hospitalización no excederán los 30 días, el porcentaje de personas que supere este promedio no será mayor del 5% ; el promedio ideal de estancia será de 15 días.

-Los entes municipales conformaran un equipo de salud mental comunitaria constituido por médico, psicólogo y enfermera;

-Menos del 5% de las personas que consulten con problemas de salud mental serán hospitalizadas,

-Se efectuara seguimiento de la Política.

Las **metas a largo** son:

- El 100% de los departamentos del país habrán descentralizado la atención en salud mental.