

VIRGINIDAD, ANOREXIA Y BRUJERÍA: EL CASO DE LA PEQUEÑA ISMENIA

CARLOS ALBERTO URIBE TOBÓN

*Profesor titular, Departamento de Antropología,
Universidad de los Andes
Profesor asociado, Departamento de Psiquiatría,
Universidad Nacional de Colombia
curibe@uniandes.edu.co*

RAFAEL VÁSQUEZ ROJAS

*Psiquiatra infantil y de la adolescencia
Profesor titular, Departamento de Psiquiatría
Universidad Nacional de Colombia
ravasquezr@unal.edu.co*

SANTIAGO MARTÍNEZ MEDINA

*Médico de la Universidad Nacional de Colombia
Estudiante de la Maestría en Antropología Social,
Universidad de los Andes
s.martinez36@uniandes.edu.co*

CAROLINA CASTRO

*Médica psiquiatra de la Universidad Nacional
de Colombia
Psiquiatra infantil y de la adolescencia de la
Universidad del Bosque
caritodelpilarcastrob@yahoo.com.mx*

RESUMEN Este ensayo discute un caso atípico de anorexia nervosa desde la perspectiva de la psiquiatría cultural. Se presenta un análisis hermenéutico de la narrativa de enfermedad de la paciente y de su círculo familiar inmediato, en particular de su madre, con miras a precisar las dificultades en su tratamiento y el pobre pronóstico del mismo. Se contemplan los métodos de tratamiento no clínico con los cuales se ha enfrentado la enfermedad, entre ellos la sanación ritual y el exorcismo. El objetivo final es ilustrar cómo ciertas representaciones y temas culturales plantean un desafío a la clínica psiquiátrica y hacen difícil una intervención terapéutica apropiada.

PALABRAS CLAVE:

DSM-IV, trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, narrativas de enfermedad, psiquiatría cultural.

ABSTRACT This essay discusses an atypical case of anorexia nervosa from the vantage point of cultural psychiatry. The discussion presents a hermeneutic analysis of the illness narrative of a patient, a young woman of semi-rural background, and her family circle, in particular her mother, with the aim to single out the patient's treatment difficulties and poor outcome. Furthermore, the essay deals with all non clinical treatment methods that have been used to confront the disorder, amongst which we find ritual healing and exorcism. The final aim is to illustrate how certain themes and cultural representations pose a serious challenge to clinical psychiatry.

KEY WORDS:

DSM-IV, Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Illness Narratives, Cultural Psychiatry.

VIRGINIDAD, ANOREXIA Y BRUJERÍA: EL CASO DE LA PEQUEÑA ISMENIA

CARLOS ALBERTO URIBE TOBÓN
RAFAEL VÁSQUEZ ROJAS
SANTIAGO MARTÍNEZ MEDINA
CAROLINA CASTRO

Although this volume is titled the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, the term *mental disorder* unfortunately implies a distinction between “mental” disorders and “physical” disorders that is a reductionistic anacronism of mind/body dualism. A compelling literature documents that there is much “physical” in “mental” disorders and much “mental” in “physical” disorders. The problem raised by the term “mental” disorders has been much clearer than its solution, and, unfortunately, the term persists in the title of DSM-IV because we have not found an appropriate substitute! (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^a ed., 1994: xx).

52

E

DEBATES PSIQUIÁTRICOS²

EL MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y DE ESTADÍSTICA DE LOS TRASTORNOS mentales de la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos –APA por sus siglas en inglés–, representa sin duda un caso paradigmático para la sociología y la historia de la ciencia que se preocupen por la psiquiatría. Lo que la APA ha logrado es hacer de su manual, más conocido como el DSM –por sus siglas en inglés–, el texto de referencia obligado para aquel interesado en la nosología psiquiátrica a escala mundial. Y esto no es una exageración. El manual es, en el planeta, el texto clasificatorio de base de las enfermedades mentales, denominadas en él “trastornos” para indicar su transitoriedad con respecto a los

- 1 “Aunque este volumen se titula *Manual de diagnóstico y de estadística de los trastornos mentales*, el término ‘trastorno mental’ implica infortunadamente una distinción entre trastornos ‘mentales’ y trastornos ‘físicos’, lo cual es un anacronismo reductor del dualismo mente-cuerpo. Literatura convincente documenta que hay mucho de ‘físico’ en los trastornos mentales y mucho de ‘mental’ en los trastornos ‘físicos’. El problema que surge de la expresión ‘trastornos mentales’ es mucho más claro que su solución y, desafortunadamente, el término persiste en el título del DSM-IV porque no hemos encontrado un sustituto apropiado”. Traducción del inglés al español por Carlos Alberto Uribe. Para el presente texto, en adelante todas las citas textuales en inglés serán traducidas al español.
- 2 Esta sección representa una síntesis apretada de muchos tópicos. En consecuencia las citas bibliográficas que aparecen son mínimas, porque de lo que se trata es de situar al lector no familiarizado con los temas psiquiátricos en algunas de las polémicas que atraviesan el campo de las enfermedades mentales.

órdenes considerados como normales que llegan a exhibir las *mentes* humanas. (¿O será mejor referirse a los *cerebros* humanos, dado el “anacronismo reductor” del dualismo mente-cuerpo?). No importa que el capítulo correspondiente a las enfermedades mentales de la nosología de la Organización Mundial de la Salud, la llamada *Clasificación internacional de las enfermedades*, CIE-10 por su décima edición, sea también un sistema de codificación de las enfermedades mentales muy influyente internacionalmente. O que la Asociación Psiquiátrica de América Latina –para mencionar una organización gremial regional de la psiquiatría, cercana a casa– tenga también su *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico*, para mostrar que existe un vínculo complejo entre enfermedad mental y contextos culturales. El hecho es que el DSM-IV –desde su cuarta edición vigente (1994)– parece haberse convertido en la norma sobre la cual debe hacerse cualquier taxonomía de las enfermedades mentales, y constituye el patrón terminológico por medio del cual se debe ahora hablar de la enfermedad mental. Su terminología ha conseguido la universalización. Y uno puede odiar, criticar, repudiar o rechazar al DSM-IV, aunque deba al final consultarlo. Tal es su influencia. Y tales sus triunfos.

Claro, aquí habría que hacer un poco de historia. En realidad todo comenzó con la tercera edición del DSM, que apareció publicada en 1980. A ella le siguió una revisión, el DSM-III R, publicado en 1987. Es al DSM-III, entonces, al que cabe atribuirle la inauguración de esta universalización del lenguaje nosográfico psiquiátrico y de los órdenes clasificatorios a partir de la psiquiatría estadounidense.

Dos son las principales novedades que trajo el DSM-III. La primera: introdujo una clasificación sistemática y descriptiva de los síndromes psiquiátricos. Esto quiere decir que en el manual se encuentran criterios explícitos de diagnóstico de las enfermedades mentales, una detallada descripción de cada síntoma y conjunto de síntomas asociados a cada trastorno mental, sus rasgos principales, su expresión a través del tiempo, sus complicaciones, los factores de predominancia, así como la prevalencia del síntoma y su distribución según los sexos.

En segundo lugar, cada caso clínico psiquiátrico había que entenderse a partir de un análisis multiaxial, una especie de matriz que se supone debe agotar todas las dimensiones de la enfermedad mental de un paciente particular. De esta forma, en el eje I ha de consignarse el diagnóstico del síndrome psiquiátrico que afecta al paciente, diagnóstico que funciona a manera de hipótesis para orientar todo el tratamiento. En el eje II deben aparecer los trastornos de personalidad que exhibe el paciente, así como los cuadros complicados por la presencia de un retardo mental –esto es, claro está, si el paciente exhibe estas particularidades–. En el eje III, el especialista tiene que consignar si su paciente presenta una condición médica de base que determina su cuadro clínico,

mientras que en el eje IV habrá de anotar esos factores psicosociales y externos, que pueden llegar a generar una situación de estrés y de expresiones más complicadas de su enfermedad mental. En general, en este último eje se anotan las dimensiones “patoplásticas”, esto es, que modulan, colorean, confieren rasgos idiosincrásicos y culturales a la enfermedad, para distinguirlas de las dimensiones “patogénicas”, más sesgadas hacia lo orgánico y lo biológico –una apreciación derivativa o epifenómenica de la intervención de lo psicosocial y de lo cultural en la enfermedad mental–. Por último, en el eje V se da fe del funcionamiento global del paciente, expresado en una escala de uno a cien. La costumbre en este eje es consignar el índice de funcionamiento global mejor en el último año, así como el índice actual, con el fin de evaluar la evolución del paciente.

Según el manual, este sistema multiaxial provee un enfoque evaluativo que involucra una concepción biopsicosocial de la enfermedad mental. Esto quiere decir, simplemente, que el texto no toma partido por una teoría que señale específicamente la etiología de los trastornos mentales, ya que ésta es en su mayor parte desconocida. Por lo menos, eso se afirma. En este sentido, el eclecticismo explícito del manual señala su intención de no opinar en lo que tiene que ver con las causas de la enfermedad mental, o con los procesos patofisiológicos detrás de las mismas. Su pronóstico es que con el tiempo la etiología de muchos trastornos será firmemente establecida en causas biológicas; otros se demostrarán como causados por factores psicológicos, y finalmente, los demás tendrán causas resultantes de la interacción de factores psicológicos, biológicos y sociales. Una buena intención de neutralidad explicativa que ha recibido un mentís después de la inserción del sistema multiaxial en la práctica clínica psiquiátrica: la patogénesis debe estar en el propio sistema nervioso central del enfermo y, en últimas, en sus predisposiciones genéticas.

No obstante, a partir de la publicación del DSM-III R, se empieza a configurar una opinión más sensible enfrente de la variabilidad cultural de las enfermedades mentales, y a mirar con más cuidado la universalidad postulada por los psiquiatras neokraepelianos –seguidores del psiquiatra alemán de comienzos del siglo XX, Emil Kraepelin–, responsables de la formulación del DSM-III. En la introducción del DSM-III R se lee que en la aplicación de los criterios diagnósticos se deberá proceder con cautela cuando se trata de evaluar a un paciente de un grupo étnico o cultural diferente al del clínico que hace el diagnóstico, y todavía más cuando dicha evaluación se hace dentro de los marcos de una cultura no occidental. En concreto, el manual advierte al clínico en contra de su aplicación de “forma mecánica, insensible a las diferencias lingüísticas, de valores, de normas de comportamiento y a las expresiones idiomáticas de la aflicción”. Más aún, el texto indica que una mera traducción de diccionario es insuficiente cuando se quiere aplicar el DSM-III R en un medio lingüísti-

co diferente al del idioma inglés, y que el clínico que opere en estos contextos debe hacerlo “con una mentalidad abierta frente a la presencia de patrones culturales distintivos y debe ser sensible enfrente de posibles sesgos no intencionales debidos a tales diferencias” (DSM-III R, 1987: XXVI).

A continuación de estas advertencias, el DSM-III R hace una observación bien importante para los propósitos del presente escrito. Por ello se traducirá *in extenso*:

Quando una experiencia o un comportamiento es enteramente normativo en una cultura particular –por ejemplo, una experiencia de alucinar con la voz de una persona fallecida en las primeras semanas de duelo entre varios grupos indígenas de Norteamérica, o los estados de trance o de posesión que ocurren en contextos rituales culturalmente aprobados en muchas partes del mundo no occidental–, tal experiencia o comportamiento no debe ser considerado patológico. Síntomas culturalmente específicos de aflicción, tales como síntomas somáticos particulares asociados con el malestar en miembros de diferentes grupos culturales o étnicos, pueden crear dificultades en el uso del DSM-III R, porque la psicopatología es única en esa cultura, o porque las categorías del DSM-III R no están basadas en investigaciones exhaustivas entre poblaciones no occidentales (DSM-III R, 1987: XXVI-XVII).

El trozo anterior es por supuesto muy significativo. Simplemente aquí los herederos de Kraepelin están luchando en contra de la idea de que las enfermedades mentales pueden tener un determinante cultural en su origen, en su presentación sintomática, en el curso del trastorno y aun en su tratamiento o resolución –una idea que suele expresarse con la expresión simplista de la “construcción cultural de la enfermedad mental”–. Y este nudo gordiano que se forma ante la especificidad cultural de síntomas y de síndromes, se debe a que los psiquiatras responsables del manual son, como médicos, partidarios de un enfoque que universaliza la enfermedad mental y la reduce a los terrenos de lo biomédico; esto es, a los terrenos orgánicos de las disfunciones neurofisiológicas, de las lesiones neuroanatómicas, de la temprana agresión viral, o de los errores en la síntesis de proteínas causados por el funcionamiento deficiente de los genes. Al ser esta su orientación, las enfermedades mentales, como todas las enfermedades orgánicas, tienen una “historia natural”. Ésta se inicia en la fase en la cual los síntomas de enfermedad mental hacen su aparición –o fase prodrómica–, seguida en el tiempo por una fase de agudización de síntomas –o fase crítica o aguda–. Si el tratamiento, especialmente el neurofarmacológico, tiene éxito, esta fase debe desembocar en la remisión o desaparición de todo síntoma de enfermedad, en cuyo caso el paciente se considerada curado.

Empero, el problema con las enfermedades mentales es su tendencia a reaparecer; esto es, a que sus síntomas vuelvan a manifestarse en etapas posteriores de la vida del paciente. Lo anterior equivale a afirmar que la remisión de síntomas puede ser seguida, en un tiempo posterior, de una recidiva o reapari-

ción de los síntomas de enfermedad, en cuyo caso puede llegar a presentarse una nueva fase aguda o una estabilización de los síntomas en una fase crónica. Y es que, en rigor, casi todas –por no decir todas– las enfermedades mentales son crónicas o tienen un gran potencial de cronicidad a lo largo de la vida del paciente, por lo cual la cura que ofrece la psiquiatría es que sus síntomas remitirán si se cumplen al pie de la letra los protocolos de tratamiento. Y no hay nada que garantice que esto sea así, por lo menos no en el estado presente de los conocimientos en psiquiatría.

Sin entrar a profundizar en el debate actual sobre la enfermedad mental, la polémica se centra en los determinismos que exhiben varias de las escuelas involucradas en la disputa. Por un lado tenemos a la psiquiatría biomédica, cada vez más próspera y con un perfil más alto en la sociedad de la modernidad tardía. La expectativa de esta aproximación es lograr situar firmemente la enfermedad mental en el sistema nervioso central, sus estructuras neuroanatómicas y neuronales, y en los procesos de neurotransmisión que vinculan las redes neuronales del cerebro. En últimas, su horizonte es reducir lo mental a procesos moleculares vinculados con la acción reversible e irreversible de los genes. Esta perspectiva se apoya, además, en los indudables avances de los últimos cincuenta años en el campo neurofarmacológico, desarrollos a su turno cimentados en la investigación en neurociencia realizada en los laboratorios de importantes universidades del “primer mundo” y de las compañías farmacéuticas multinacionales con líneas de producción psicofarmacológicas (Shorter, 1997).

En el otro extremo se ubican los partidarios de los enfoques constructivistas de la enfermedad mental. La mayoría de ellos no tienen entrenamiento médico y menos psiquiátrico, y son los herederos contemporáneos del movimiento antipsiquiátrico de los decenios de 1960 y 1970 en países como Francia, Inglaterra, Italia y los Estados Unidos –este último país es, por lo demás, el bastión actual de la psiquiatría biomédica–. Su ícono y faro guía es la obra del pensador francés Michel Foucault, acompañada de los trabajos de otros franceses como Gilles Deleuze, Félix Guattari y Georges Devereux –nombres a los que hay que adicionar el del famoso antipsiquiatra Thomas S. Szasz (1961)–. Su idea central es la de eliminar la naturalización o biologización de las enfermedades mentales, a la par que intentan su reubicación en el terreno de lo social: son sociedades concretas en el tiempo y en el espacio las que generan enfermedades mentales específicas. Ahora bien, si el caso es que deba hablarse de enfermedades, sólo aquellas anomalías precisadas de forma neurológica, es decir, de forma física, puede ser llamadas “enfermedades” en el sentido médico. El problema es que en la psiquiatría biomédica se hace un uso metafórico, no literal, de la noción de enfermedad. Así las cosas, para el constructivismo psiquiátrico el *pathos* mental individual es una expresión del *pathos* colectivo en personas particularmen-

te susceptibles o privilegiadas, en el sentido en que logran canalizar y expresar los padecimientos y dramas sociales en sus propias vidas. Estas personas devienen en pacientes gracias a la existencia de un saber-poder como la psiquiatría, que canaliza todo lo médico en estrategias de control del cuerpo y de los sujetos en pos del mantenimiento de órdenes sociales específicos.

En algún punto de la palestra psiquiátrica se encuentran ubicados los enfoques *psi*, de los cuales el primero en dejar su impronta fue el psicoanálisis freudiano, seguido hoy de sus muchas versiones y secuelas. El núcleo de todas estas formulaciones es el de afirmar la independencia y lo determinante de lo inconsciente en la vida mental de los seres humanos, además de señalar los conflictos intrapsíquicos del sujeto y la prioridad de los tempranos eventos infantiles en la explicación del psiquismo adulto. A su lado, y en tensión excluyente con el psicoanálisis, que desde que entró a la clínica psiquiátrica recibió el apelativo de “psiquiatría psicodinámica” (Roudinesco, 2000: 33-35; Plant, 2005), se encuentran los desarrollos posteriores a la revolución cognoscitiva. Éstos llegaron a apuntalar al viejo conductismo, partidario de una psicología centrada en el escrutinio de las conductas observables del sujeto y de sus relaciones directas entre los estímulos exteriores y las reacciones conductuales, sin reparar en lo que sucede en el interior, en la mente del sujeto, considerada como una “caja negra”. De esta forma, el modelo cognoscitivo-conductual estudia los procesos conscientes de la mente humana, inicialmente a partir de la metáfora que concibe lo mental como análogo al computador digital. Más allá de los vínculos de esta perspectiva con la neurociencia y la filosofía de la mente contemporáneas, la aproximación cognoscitivo-conductual se ha transformado en la “psicoterapia de apoyo” por excelencia de la psiquiatría biomédica. A ella se le otorga el apelativo de “científica” por ser empíricamente verificable, según los protocolos de la ciencia empírico-positiva que hoy domina el campo de lo psiquiátrico, especialmente en el mundo anglosajón, que es el campo del DSM-IV. Otro nombre de esta adopción por parte de la medicina del positivismo científico y de su homólogo en la filosofía de la ciencia, el positivismo lógico o analítico, recibe la muy popular denominación de “medicina basada en la evidencia”.

El auge creciente de la biomedicina en la psiquiatría norteamericana y en la de sus epígonos a lo largo del mundo –como es en buena medida el caso colombiano– no logró despejar del camino esas barreras culturales que señaló en 1987 el DSM-III R. En el DSM-IV se vuelve a atacar el problema en tres registros diferentes. En el primero, todas las entidades diagnósticas de esta nueva edición tienen una sección especial en la que se hacen consideraciones detalladas en torno a las variaciones culturales en las presentaciones clínicas de cada una de ellas. En el segundo, el manual incluye una descripción de los síndromes psiquiátricos culturales que no han sido incluidos en la clasificación del DSM-IV,

agrupados de manera conveniente en un apéndice –el apéndice I en la edición inglesa y el J en la española–. En el tercero, el DSM-IV incluye “un esbozo de una formulación cultural diseñada para asistir al clínico en una evaluación sistemática y en reportar el impacto del contexto cultural del individuo”, incluido también en el apéndice I (DSM-IV, 1994: XXIV-XXV). Muchos han reconocido en estos tres registros un desarrollo importante, aunque a todas luces insuficiente, de la importancia de la cultura en el diagnóstico clínico (cf. Uribe, 2000).

En lo que sigue, se hará la presentación de un caso clínico psiquiátrico de una joven paciente afectada por un trastorno en su conducta alimentaria, a la manera de lo que es la usanza médica hospitalaria en nuestro medio –influenciada muy de cerca por la escuela médica de los Estados Unidos, y en lo que respecta a la psiquiatría, por el sistema del DSM-IV–. Acto seguido, se hará una apreciación de este caso de anorexia-bulimia según lo adecuados que puedan ser los dictados del esbozo de formulación cultural del apéndice I. Esta formulación que se contrastará, brevemente, con la equivalente de la *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico*. Por último, se incluirá una apreciación del caso más próxima a la antropología psiquiátrica.

58

EL CASO CLÍNICO: ISMENIA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

El Hospital Infantil de La Misericordia es una de las instituciones pediátricas más importantes de Colombia. Ubicado en el centro de Bogotá, su nivel de complejidad lo convierte en centro de referencia para una amplia región del país. Dentro de los varios servicios clínicos que ofrece el hospital está el de psiquiatría infantil y de la adolescencia, que fue llamado a responder a una interconsulta de pediatría y de gastroenterología. Se trataba del caso de una joven llamada Ismenia³, quien recién se encontraba de nuevo hospitalizada en uno de los pisos del hospital. A partir de las sesiones de preguntas que los miembros del equipo interdisciplinario de psiquiatría infantil y de la adolescencia realizaron a la madre de la niña –quien se apersonó de atender a los médicos–, fue fácil percatarse de que el caso implicaba mayor complejidad de la usual en cualquiera de los pacientes que rutinariamente acuden al servicio.

Ismenia contaba entonces con quince años de edad. Natural y procedente de La Dorada, Caldas, Ismenia es la tercera de cinco hijos de los mismos padres: con ella son cuatro mujeres y sólo hay un hombre menor que la paciente. Su familia tenía ahora recursos económicos limitados, después de conocer mejores épo-

3 En adelante todos los nombres propios de personas serán reemplazados por pseudónimos.

cas. Su padre se dedicaba a diferentes tipos de negocios, luego de gozar de una buena posición económica, y su madre al cuidado del hogar. Siempre acompañada de esta última, Ismenia permanecía en un silencio absoluto. Impresionaba ser una niña mucho más joven, detrás de su rostro delgado y pálido, en parte porque no había desarrollado sus características sexuales secundarias. En el momento de la evaluación inicial tenía talla y peso muy inferiores al percentil tres para la edad. Piel fría, pálida y seca, cabello escaso y sin brillo. Todas las características de un estado de desnutrición crónica, secundario al diagnóstico de anorexia nerviosa.

El equipo de psiquiatría infantil trabajó especialmente con la madre de Ismenia, Alexis, una mujer de unos cuarenta años, de estatura mediana y complexión gruesa. Durante todo el tiempo Alexis habló por Ismenia. Esta limitación, impuesta no sólo por el silencio de la paciente, sino también por las limitaciones del servicio, la dinámica del vínculo madre-hija, y la misma historia cultural que en adelante se va a comentar, lejos de ser insuperable, constituye una de las primeras constataciones de este caso. En efecto, Alexis permitió entrar en un mundo donde el silencio de Ismenia cobraba un sentido especial, más allá de las características de su propia patología.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

En julio de 2004, base temporal del caso, Ismenia y Alexis consultaron al Servicio de Pediatría, consulta externa, del Hospital Infantil de La Misericordia. La madre quería que hospitalizaran de nuevo a la niña porque la veía muy delgada y necesitaba que la “nutrieran”. Los pediatras, al ver el deplorable estado nutricional de la paciente, consideraron hospitalizarla e iniciarle tratamiento de la mano del servicio de gastroenterología. Se solicitó en ese momento el concepto de psiquiatría, por tratarse de una paciente con historia de anorexia nerviosa documentada en hospitalizaciones anteriores. El grupo respondió que el tratamiento psiquiátrico de la paciente debía realizarse ambulatoriamente. Empero, gastroenterología y pediatría decidieron hospitalizarla, al considerar que su avanzado estado de desnutrición era de cuidado. El Servicio de Psiquiatría inició pues el correspondiente acompañamiento terapéutico y reinició la administración de un fármaco antipsicótico conocido como “olanzapina”.

Días después, la situación en el servicio de hospitalización era difícil. Los diferentes profesionales encargados del tratamiento de la niña tenían posiciones divergentes con respecto a la idoneidad de las medidas practicadas en ella. Alexis consideraba que “no estaban haciendo nada” por la nutrición de su hija. Se quejaba de los profesionales que no estaban de acuerdo con la implementación de medidas invasivas –por ejemplo, sonda nasogástrica, alimentación parenteral– para mejorar de manera rápida y definitiva el estado nutricional de la paciente. La presencia de Alexis, definitivamente, constituía un elemento muy

perturbador en la atención de la niña, y el personal médico y paramédico del piso no sabía muy bien cómo tratarla ni qué hacer con ella.

El grupo de psiquiatría infantil planeó entonces un trabajo terapéutico de apoyo con la madre de la paciente. Como base del mismo se inició con la madre una serie de entrevistas en profundidad. En éstas surgió la muy peculiar explicación que Alexis le da a la enfermedad de Ismenia, así como las características particulares de su entorno, su historia familiar y el importante papel de Ismenia en la unidad doméstica. Todos estos elementos, una vez se empezaron a poner en cierto orden, no sólo contribuían a explicar la difícil situación en el servicio de hospitalización, sino que además con el tiempo se convirtieron en argumentos interpretativos centrales en la comprensión clínica del caso de Ismenia.

Según Alexis, la enfermedad de Ismenia era secundaria a un “trabajo” de brujería que contra ella y todo el núcleo familiar se había realizado por orden de la amante del padre de la niña. Como consecuencia de esta brujería, toda la familia empezó a enfermar. La madre empezó a sufrir de dolores inexplicables tipo punzada en el cuerpo y de ardor en los ojos, y el padre acusó un cuadro de parálisis en todo el lado izquierdo de su cuerpo y de temblores incontrolados que desde entonces lo han marginado de sus negocios. Ismenia fue especialmente afectada por dicha brujería, porque desde el nacimiento la niña no es como cualquier otra. Efectivamente, cuenta Alexis que durante su embarazo participó en las sesiones espiritistas y curativas del “santo” venezolano, el doctor José Gregorio Hernández, en la población de La Dorada. Por esto Ismenia nació con dones especiales “de sanidad” desde la más tierna infancia. A los siete años de edad curaba con la palabra y la oración a los niños de la población. Su don también se manifestaba en su capacidad de ver espíritus y comunicarse con “duendes”. Para Alexis, esta era una manifestación de la terrible carga que su familia tenía que soportar desde que hacía cuatro generaciones uno de sus antepasados hizo un pacto con el Demonio. Se había percatado de esto al entrar en una iglesia cristiana protestante, donde había descubierto que todas aquellas prácticas espiritistas que ella solía realizar antes de “entregarse a Jesucristo” estaban relacionadas con el Maligno. De hecho, la permanencia de Alexis en su iglesia y la oración la habían protegido de los efectos más graves de la brujería, consecuencias que sí padecían su esposo y su hija.

Alexis comenzó a detallar que “lo que ustedes los médicos llaman anorexia” había comenzado cuatro años atrás, cuando Ismenia tenía unos once años de edad. Después de un episodio febril que la señora calificó como la secuela de un “dengue”, la niña empezó a ver a un personaje encapuchado al lado de su cama –“un satánico, sin duda”, señaló la buena señora, nunca corta en palabras–. Acto seguido, Alexis reportó las visitas periódicas de “duendes” a su habitación y a su cama. Estos duendes, que al principio jugaban con Ismenia, pronto se tornaron hostiles, ofreciendo alimentos deliciosos a la paciente,

que luego se convertían en “cosas asquerosas”, en “gusaneras” y en “mortecinas”. Desde entonces la comida le producía asco a Ismenia. Paulatinamente la niña dejó de consumir sus alimentos, ingiriendo sólo comida comprada fuera de casa –especialmente salchichas en lata, papas de paquete, y otros alimentos empacados–. Con el tiempo incluso abandonó estos alimentos.

Según Alexis, Ismenia nunca se ha visto gorda en el espejo y no se ha quejado de que está muy flaca, además de que no está para nada de acuerdo con el diagnóstico psiquiátrico. De hecho, no le interesa en lo más mínimo, como tampoco le interesa a su mamá, quien no para de repetir la cantilena de “eso que los doctores llaman anorexia”. Y si tiene la oportunidad sigue con que “los doctores le hicieron a mi hija las encuestas esas para la anorexia, y ella apenas reconocía que sí estaba flaca”. Por ello, si está en el hospital es porque necesita que “engorden” a su hija para que, ya fortalecida, pueda soportar el exorcismo y la “imposición de manos” que le realizará un importante monseñor católico de una ciudad cercana a su población de origen. El monseñor, por lo demás, ya ha tratado a la hija y quiere, en efecto, “imponerle las manos”. Pero como esto es algo muy “duro”, primero decidió “remitirla” al hospital para que la nutrieran y con ello “cogiera la fuerza necesaria”. Alexis se da cuenta de la contradicción que implica que ella, una cristiana convencida, tenga que acudir a donde un sacerdote católico experto en exorcismos para que libere a su hija de sus demonios. Empero, anota la mujer, “eso a la final no importa mucho, porque lo que toca es solucionar el problema y los pastores también hacen cultos de liberación y sanación para sacar al Maligno de los enfermos”. Además, el pastor de su iglesia, la Iglesia Cuadrangular⁴, había ya recomendado oraciones y salmos, como el salmo setenta del libro de David “sobre los enemigos”, “para que el Señor muestre qué es lo que pasa con la niña⁵. No obstante esas rogativas al Señor, la pobre Ismenia se dio a llorar día y noche en todas partes, debajo de la cama, encerrada en el armario. Cuando no lloraba, la invadía la ira, una gran ira que la llevaba a atacar a

4 Según un experto en estos temas, William Beltrán, la Iglesia Cuadrangular hace parte del movimiento evangélico pentecostal fundamentalista e ingresó al país en el decenio de 1940: “El movimiento pentecostal tradicional comparte con el fundamentalismo protestante la mayor parte de su doctrina, incluida la necesidad del renacimiento y el milenarismo; a estas doctrinas, los pentecostales suman la necesidad de la experiencia del Espíritu Santo como confirmación esencial de la gracia divina en la vida del creyente. (...) Entre los dones que otorga el Espíritu Santo se cuentan: sanidades, milagros y profecías; pero ninguno tiene más importancia que el don de lenguas (o glosolalia), señal por excelencia de la presencia divina en la vida del creyente. (...) El pentecostalismo privilegia el poder de la palabra y se constituye en una religiosidad oral...” (Beltrán, 2004: 454-455).

5 Alexis es muy dada a intercalar en su conversación citas de la Biblia. Sin embargo, cuando se contrastan con el Libro Sagrado, estas citas no son muy exactas. En particular el salmo 70 del libro de David, no es sobre los enemigos. El título de este salmo es “En la tribulación celebra las bondades del Señor: En ti ¡Oh Señor! Tengo puesta mi esperanza: no sea yo para siempre confundido”. A los salmos a los que presumiblemente se refirió Alexis son el 28 –“Pide ser librado de los enemigos; y oído, da gracias”–; el 69 –“Pide a Dios confunda a sus enemigos”–; y el 85 –“Pide socorro contra los enemigos”–, entre otros.

sus hermanas mayores y a su propia madre con todo aquello que encontrara a su paso. Inclusive un día intentó ahogar a la pobre Alexis con sus propias manos.

El trabajo con la niña como paciente, durante su hospitalización en julio de 2004, fue muy limitado. Durante esas dos semanas, su mutismo fue total, sólo se ocupó de hablar de otros temas y nunca directamente de su enfermedad. En una entrevista confirmó sus visiones de “duendes”. No obstante, de forma sistemática guardó silencio sobre su relación con los alimentos.

Más adelante, en las consultas de control posteriores a su salida de la hospitalización, su silencio se incrementó. A pesar de trabajar con ella con dibujos y modelos de plastilina, Ismenia sólo disfrutaba colorear, y sus figurinas siempre eran diminutas, como “duendes”. Alexis siempre habló por Ismenia, a pesar de todos los intentos del equipo tratante.

HISTORIA PSIQUIÁTRICA Y TRATAMIENTOS PREVIOS

El cuadro clínico de Ismenia inició en el año 2000, cuando contaba once años y seis meses de edad, después del episodio febril de larga duración ya referido. Ismenia entonces dejó de ingerir alimentos porque estos le producían asco y náuseas, porque “olían a feo” o tenían olor a “mortecina”. La familia entonces consultó a los servicios de otorrinolaringología y gastroenterología, los cuales, después de concienzudos estudios, descartaron cualquier anomalía anatómico-fisiológica que explicara su condición. Durante el mismo período, Ismenia aumentó la ingesta de agua y las actividades físicas; desde entonces prefería ropa más grande para su talla, lucía pálida, su piel estaba siempre fría y muy seca.

A los doce años, en 2001, el colegio en el que estudiaba Ismenia denunció el caso al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF. El argumento del colegio tenía que ver con el estado nutricional deplorable de la paciente. El ICBF exigió entonces a los padres iniciar y continuar un tratamiento médico, al tiempo que demandó controles de alimentación, peso, talla y otros parámetros nutricionales. Como garante del bienestar de la infancia en el país, el ICBF condicionó la custodia de la niña a su adherencia en los diferentes tratamientos.

La niña inició pues su tratamiento psiquiátrico en Manizales, capital del departamento de Caldas, al que pertenece La Dorada. En esa ciudad se realizaron diversos estudios clínicos, entre ellos un examen de Tomografía Axial Computarizada de cerebro, TAC, y un Electroencefalograma, EEG, que no mostraron ninguna alteración. El caso se diagnosticó como de anorexia nerviosa, a pesar de la reticencia de algunos especialistas que consideraban que no correspondía a esta patología porque la paciente no se veía gorda y no tenía su autoimagen corporal distorsionada, dos criterios fundamentales del DSM-IV para diagnosticar anorexia nerviosa (DSM-IV: 544-545). Fue medicada con tioridazina –un antipsicótico– y levomepromazina –un ansiolítico y antipsicótico– y

aumentó seis kilogramos de peso. Al egreso se ordenó continuar el tratamiento con tioridazina, pero Alexis lo suspendió porque le produjo “desmayos” a la paciente. Ismenia nunca regresó a sus controles ambulatorios, entre otros motivos porque la EPS⁶ no autorizó la atención médica especializada. En ese entonces Ismenia sólo comía papas fritas de paquete, Coca-Cola y agua. Ayudaba a cocinar en la casa y obligaba a sus hermanos menores a comer.

Presionada una vez más por el ICBF, Alexis demandó a su EPS para obtener el cubrimiento total de los costos de la atención de su hija. Una vez obtuvo un fallo a favor, consultó a una clínica de Bogotá donde confirmaron el diagnóstico, y la hospitalizaron para iniciar tratamiento. Sin embargo, un día después de iniciado, los padres de la niña solicitaron darla de alta porque no les “gustó” la institución.

Ya en enero de 2002, cuando Ismenia tenía catorce años, consultó al Hospital Infantil de La Misericordia por primera vez, por un cuadro febril asociado a su enfermedad crónica. De dicha hospitalización se tienen datos muy completos. Peso, talla y *tanner* –un examen para determinar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios– mostraron valores muy inferiores a los parámetros normales para su edad. En la mano izquierda presentaba un área de eritema, dolor y calor. Vestía muchas prendas, lucía muy delgada, y no establecía contacto visual. Permaneció autista durante todo el desarrollo de su atención médica. Se manejó con diagnósticos de celulitis en mano izquierda, desequilibrio hidroelectrolítico, desnutrición crónica y anorexia nerviosa. Se inició el tratamiento interdisciplinario y permaneció hospitalizada por un mes. El Servicio de Psiquiatría prescribió un tratamiento farmacológico con olanzapina, al tiempo que se profundizaba en la evaluación de la sintomatología, encontrándose síntomas ansiosos, ideas obsesivas y compulsiones. El diagnóstico se amplió para incluir también un trastorno obsesivo compulsivo.

En la historia clínica, sin embargo, no se registra aún ninguna información referente al contexto cultural de la paciente, como tampoco a las explicaciones propias de la familia y de Ismenia sobre su propia enfermedad.

Una vez dada de alta, el tratamiento ambulatorio continuó con olanzapina, al tiempo que se ordenó mantenerla en un control semanal por consulta externa. Ya durante esta hospitalización hubo muchas dificultades de relación con el equipo tratante, que en ocasiones asumía posiciones encontradas ante los requerimientos, dudas y presiones ejercidos por Alexis. Tres meses después regre-

6 Las EPS o Entidades Promotoras de Salud, son empresas aseguradoras que administran los recursos de salud de los trabajadores. Este sistema de aseguramiento es privado y existe en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993. La regulación de las aseguradoras por parte del Estado aún no garantiza en su totalidad el derecho a la salud de los colombianos. Por tanto, es común que se implementen acciones legales para que se realice la cobertura de los servicios de salud que no están incluidos en los planes obligatorios de salud pero que son urgentes y necesarios para los pacientes.

só a consulta externa de psiquiatría. Se habían suspendido los medicamentos porque la EPS no los suministraba. Ismenia sólo comía salchichas en lata, papas y galletas, porque el resto de comida le “olía feo” y le producía asco. Se reinició la administración de olanzapina y continuó con controles esporádicos, pero con el tiempo simplemente no volvió a consulta externa. Parte de las razones de estas ausencias tenían que ver, explicaba Alexis, con lo difícil y costoso que les resultaba desplazarse periódicamente desde su población de origen a Bogotá.

A los catorce años, en 2003, Ismenia fue hospitalizada nuevamente en otras dos instituciones de Bogotá. No se dispone de una información profunda, pero los resultados fueron similares: no adherencia al tratamiento y no permanencia en los controles médicos.

ENTORNO SOCIAL Y PERFIL HISTÓRICO

Ismenia había cursado hasta octavo grado; si bien llevaba muchos años desescolarizada, sus hermanas mayores –entre los veinte y los veinticinco años– ya se habían separado del núcleo familiar y una de ellas tenía un bebé. Sus dos hermanos menores –una niña y un niño entre los diez y los cinco años respectivamente– vivían con Ismenia y sus padres.

La paciente es descrita como una muy buena estudiante, obtiene el primer puesto; no obstante, no tiene amigos en el colegio, porque dice que los compañeros son muy desordenados.

En la casa ayuda con los oficios, cocina, pero obliga al hermano a comer cantidades exageradas. Es, además, solitaria. Vive con el padre de 46 años, la madre de 41 años, un hermano de nueve y una hermana de cinco años. Sus dos hermanas mayores están casadas y con hijos. La madre dice que siempre ha tenido problemas con el esposo porque él es infiel, y eso afecta a Ismenia.

Desde la aparición de los primeros síntomas en la paciente, la familia había sufrido una serie de enfermedades que habían aumentado el estrés dentro de la misma. El padre, uno de los más afectados, padecía en los últimos cuatro años de un cuadro de pseudoparkinsonismo que el equipo nunca pudo verificar. Ante todos estos inconvenientes, Alexis dirigía los destinos del núcleo familiar. Durante la hospitalización y los controles, el equipo nunca tuvo contacto con otros miembros de la familia de Ismenia diferentes a Alexis.

CURSO Y RESULTADO

Pocos días después de su última hospitalización en La Misericordia, la paciente fue dada de alta. Los medicamentos habían mejorado su estado ya que había dejado de perder peso. Se citó nuevamente a controles por consulta externa en psiquiatría, a los que acudió en tres oportunidades por espacio de seis meses. El último control fue en noviembre de 2004. En esos controles la pa-

ciente continuaba en el mismo estado; según comentaba Alexis, Ismenia había mejorado levemente y ya ingería algunos alimentos, pero seguía pendiente el exorcismo pues el monseñor católico había tenido que viajar fuera del país. En las entrevistas con la madre se pudo profundizar en la explicación cultural de la enfermedad. Sin embargo, los intentos por establecer una alianza terapéutica en los propios términos de la madre de la paciente fueron inútiles.

Después del tercer control en noviembre de ese año, Alexis y su hija Ismenia no se volvieron a presentar al Servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Hospital de La Misericordia por muchos meses. Durante ese período todos los intentos por contactar a la paciente o a su madre fueron infructuosos, de tal manera que el caso, en consecuencia, se consideró cerrado por entonces.

DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

EJE I:

Anorexia nervosa tipo restrictiva.
Trastorno obsesivo compulsivo.

EJE II:

Mecanismos de defensa: pasivo/agresivo y desplazamiento.

EJE III:

Desnutrición crónica.
Amenorrea secundaria.

EJE IV:

Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo
–disfunción de pareja; enfermedad crónica incapacitante del padre; negligencia–.

EJE V:

GAF actual 40/100; mejor último año 40/100.

ADENDA: ISMENIA RETORNA

Más de un año después, de la mano de su madre Alexis, Ismenia regresó a la consulta externa del Servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Hospital de La Misericordia. Dado que a estas alturas el caso se ha convertido en una especie de caso paradigmático, y los pormenores del mismo son conocidos por tradición oral por todos aquellos que son asignados al servicio –psiquiatras, residentes, internos y estudiantes de medicina–, la entonces residente de segundo año de psiquiatría que hacía allí una rotación no tuvo dificultad en

reconocerlo. A continuación se transcribe la parte correspondiente del resumen de historia clínica que dicha residente suministró a los autores del presente caso clínico⁷:

**HOSPITAL DE LA MISERICORDIA:
PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Enero 13 de 2006.

Paciente: ISMENIA.

Edad: diecisiete años.

Primer diagnóstico: desnutrición crónica; anorexia nerviosa; trastorno obsesivo compulsivo.

ENTREVISTA CON LA MADRE

Durante la entrevista se intenta reconstruir lo surtido desde su última hospitalización en el Hospital de La Misericordia –de julio de 2004–. La señora refiere que posterior a su egreso regresaron a La Dorada; se le administró la medicación por dos meses, alternada con períodos en los cuales no se le administraba por dificultades para su consecución. Se suspendió la medicación –olanzapina– tras asistir al pediatra, quien relaciona la ingesta del medicamento con la epigastralgia que presentaba Ismenia. Según la madre, el pediatra “me dijo que ese medicamento le estaba haciendo daño a la niña, que le empeoraba el dolor en el estómago y que había unos tratamientos particulares muy buenos para su problema, que es la desnutrición”.

La madre de Ismenia decidió, con base en lo dicho por el pediatra, la ingesta de alimentos de la paciente, los trámites administrativos para suspender la medicación y no regresar a controles de pediatría ni de psiquiatría. En sus palabras: “como comía más o menos..., no desayunaba, no almorzaba, ni comía en la noche, pero le comprábamos salchichas y comía con galletas. Además era una ‘peleadera’ en la EPS para el medicamento. No lo daban a tiempo”.

Su última consulta en La Misericordia fue en noviembre de 2004 con el doctor (...) de pediatría quien, según Alexis, le solicitó no volver a la consulta. En sus palabras: “al doctor le molestó que hubieran venido los especialistas en lo que le pasa a mi hija, lo de los duendes, y lo que escribieron en la historia clínica. Me dijo que dejara tanta pendejada y que no volviera”.

En el 2005, según la señora, Ismenia estuvo estudiando con buen rendimiento y con un patrón regular de alimentación:

7 Los autores agradecen a la doctora Ángela Acero, hoy residente de tercer año de psiquiatría del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, su gentileza al suministrarnos este resumen de su entrevista con Alexis.

... iba dos o tres veces por semana al colegio; allá ya sabían que por su enfermedad a veces faltaba. Es que le daba un dolor en el estómago y para eso le dábamos omeprazol –un medicamento para tratar úlceras, reflujo gastroesofágico y lesiones en el esófago–. Claro, como ella solo comía salchichas y el papá gana un mínimo, pues a veces no le podíamos comprar las salchichas y ella no comía esos días y le daba el dolor.

En agosto se presentaron problemas con una de sus profesoras y la retiran del colegio. Según dice la madre:

... pues a la niña le dio una lloradera, yo fui a averiguar al colegio y me contaron unas amiguitas de ella que una profesora le había dicho que era una manipuladora, que se hacía la enferma para manipular a todos. Ella adelantaba todos los cuadernos y hacía las tareas y siempre le ponían 'A'. Claro la profesora quién sabe por qué la cogió entre ojos. Yo hablé con la profesora, ella negó todo. Cuando le conté a Ismenia, ella dijo que no quería volver al colegio. Así que entre la abuela, el papá y yo, decidimos que era mejor retirarla. Igual, ella estaba muy aburrida; decía que sus compañeritas habían cambiado mucho con ella; ellas hablaban de novios y esas cosas... Hablé con el rector, quien se opuso a la decisión, y la retiré.

Posterior a su retiro del colegio se presenta una disminución en su ingesta de alimentos. Una de sus hermanas expone el caso en la Junta de Acción Comunal del barrio, que a su vez se pone en contacto con la Secretaría de Salud del Departamento. El secretario de salud en persona hace una visita a la casa de Ismenia, solicitándole a la familia que reinicien tratamiento o que de lo contrario entregará a la niña al ICBF. En palabras de la mamá:

... después de eso la niña se desanimó mucho. Ella quería acabar el bachillerato rápido. Ya no comía ni las salchichas y el dolor de estómago se empeoró. La hermana mayor estaba muy preocupada, así que pidió ayuda en Acción Comunal del barrio para ver si la ayudaban con un tratamiento particular. Los de Acción Comunal fueron a la casa a hablar con nosotros y como hacía más de un año no la llevamos al médico hablaron con los de la Secretaría de Salud. De allá vino el secretario de salud en persona, porque es que en La Dorada ya se han muerto dos niñas de lo mismo. Fue a la casa, examinó a Ismenia y nos dijo que si no la poníamos en tratamiento, él se la llevaba y la entregaba al Bienestar Familiar. Claro, nosotros nos asustamos mucho.

Solicitan entonces atención en la EPS, donde reciben negativa por haber pasado más de un año sin tratamiento. Asisten a juzgado para recibir asesoría y consiguen que la EPS haga una remisión a una clínica psiquiátrica privada en Bogotá. En la clínica permanece diez días, del 12 al 22 de diciembre de 2005. Solicitan salida voluntaria e ingresan por Urgencias el 6 de enero a La Misericordia. En palabras de la madre:

Con la EPS tocó con juzgado porque no querían atendernos, que porque no la llevábamos hacía más de un año, y eso que tenemos tutela. Con eso y con una carta en donde decíamos que el secretario de salud en persona nos había visitado para acordar la atención de la niña, por fin conseguimos la remisión.

Fue a la clínica, porque la vez pasada que estuvimos en Bogotá averiguamos por otros sitios de tratamiento y ya habíamos conocido el lugar. Habíamos solicitado información con mi esposo; nos habían dicho que allí había tratamiento integral para lo que tiene la niña. Así que insistimos en que fuera allá, además con el problema con el doctor..., yo no quería volver por acá. En la clínica nos fue muy mal; yo pedí salida voluntaria porque hasta gripa le dio a la niña. La pusieron en el cuarto con una abuelita; le embutían la comida y una de las pacientes me recomendó que la sacara, que ahí se iba a poner peor. La psiquiatra se puso de mal genio; me dijo que no habían terminado el tratamiento y que después iba a pasar a hospital, pero yo la saqué de allá. Después el lío con la EPS, y yo les dije que si no me resolvían yo me iba por Urgencias a La Misericordia porque sé que no me pueden negar la atención. Así que el viernes pasado me traje a la niña y aquí estamos.

FORMULACIÓN CULTURAL DEL CASO

Un recorrido por el resumen del caso clínico, reconstruido en lo fundamental con los materiales de la historia clínica de Ismenia, deja ver que una rigurosa lectura biomédica no permite apreciar su magnitud y peculiaridades propias. Desde esa mirada, todo lo que no sea estrictamente sintomático, y no contri-
 68
 buya a una precisión diagnóstica y a certezas en el tratamiento farmacológico, es desechado como un “ruido” innecesario. Tal fue quizá la opinión del médico pediatra al revisar la historia clínica de su paciente y encontrarse con “duendes”, “embruajamientos”, pastores y monseñores que “imponen manos” y luchan contra el Maligno, responsable de la enfermedad. Meras supersticiones; creencias populares; desechos de información que impiden un juicio médico clínico objetivo. Subjetividades; mayores niveles de incertidumbre; anatemas de la medicina basada en la evidencia. En suma, “pendejadas”.

Quizá todo esto no sea más que “pendejadas”. No obstante, esas pendejadas, después de todos estos años de padecimiento individual y familiar mal sintetizados en la historia, han hecho imposible cualquier intervención médica exitosa sobre la gravísima condición de Ismenia. Sin exagerar, Ismenia está en riesgo de muerte; tan grave que bien puede convertirse en una estadística más que se sume a las muertes que preocuparon al secretario de salud.

¿Cómo se ha llegado a este punto? Por una razón fundamental: durante los más de seis años transcurridos desde que Ismenia recibió su diagnóstico de anorexia nerviosa, siempre la versión del facultativo, lo que Kleinman, Eisenberg y Good (2006 [1978]) llamaron “el modelo de enfermedad del sistema biomédico” –*disease*–, ha negado, silenciado y suprimido la visión que de esa misma enfermedad, más entendida como un padecimiento, un infortunio, una mala pasada de la vida –*illness*–, argumenta el grupo familiar de Ismenia, presidido por su madre, Alexis, bien cerrada en lo suyo y poco dispuesta a ceder ante la palabra omnipotente de la clínica. Porque la suya es una palabra

más poderosa: es la misma palabra de Dios. Como ella lo dijo en una de las entrevistas a la que la sometieron los “especialistas en duendes”:

Ismenia no tiene anorexia, esa anorexia que los doctores creen. Para ustedes son sólo los síntomas. Pero es que el Demonio trata de aparentar enfermedades. Porque todo es un problema del espíritu. Ismenia está atacada por gobernadores y gobiernos de las tinieblas. Y sabemos que ella va a quedar libre del todo con la obra que haga Dios.

Este desencuentro, que puede llegar a ser fatal, se sintetiza en una sola sentencia. Mientras los médicos quieren tratar una enfermedad, un trastorno orgánico, sea éste psiquiátrico, pediátrico, de gastroenterología, de nutrición y dietética, la familia simplemente quiere que los médicos “nutran”, mejor, “engorden”, esto es, “preparen” a su hijita para que por fin su monseñor le pueda imponer sus manos y la exorcice del Maligno. O en la formulación rancia de aquella academia heredera de la modernidad entronizadora de la racionalidad científica, el (falso) dilema está entre aceptar la verdad del conocimiento científico o sucumbir ante el poder tradicional de las creencias culturales. Dilema que se juega en un campo de batalla muy particular: el cuerpo emaciado, débil, precario, de una joven mujer de diecisiete años de edad.

Afirmado el hecho, bastante obvio, de que el caso está atravesado por las “creencias culturales”, el problema muda a tener que decidir si la psiquiatría “cientificista” del DSM-IV, como la llama Roudinesco (2000), puede ayudar a Ismenia y a los suyos. Una vez, claro, se aplique el esquema de formulación cultural que esta edición del manual aporta, después de que se inaugurara la sensibilidad cultural de la APA con el DSM-III R en 1987. Los dominios en los que se desenvuelve la formulación son cinco:

IDENTIDAD CULTURAL

Según el DSM-IV, en este dominio se debe anotar la pertenencia del individuo al grupo étnico o cultural de referencia. Para los inmigrantes y las minorías étnicas, hay que anotar por separado el grado de implicación con la cultura de origen y con la cultura de la que se es huésped –cuando sea aplicable–. También deben anotarse las habilidades, uso y preferencia lingüísticos –incluido el plurilingüismo– (DSM-IV, 1994: 843).

Lo anterior parece ser de muy poca ayuda en el caso de Ismenia. Y ello porque esto de la identidad cultural, pensada como una marca distintiva e indeleble de alteridad, parece ser un intento de conceptualizar las migraciones a los Estados Unidos de poblaciones étnicamente diversas de países periféricos. Se trata de reseñar el fenómeno de las minorías étnicas, y cómo la pertenencia a una u otra recibe un tratamiento psiquiátrico biomédico de alta complejidad en ese país. En el caso nuestro, poco es lo que se puede decir. De todas maneras se trata de obviedades del “tipo” Ismenia: es mestiza, pertenece a la cultura mayoritaria,

quizá es una persona de extracción rural o semirural y hablante del español en la versión vernacular del río Magdalena. Suficiente, aunque poco añade.

EXPLICACIONES CULTURALES DE LA ENFERMEDAD

Aquí se deben identificar las expresiones idiomáticas predominantes en las que se comunica el malestar o la necesidad de apoyo social –por ejemplo, “nervios”, posesión de espíritus, quejas somáticas, mala suerte inexplicable–; el significado y percepción de la gravedad de los síntomas del individuo en relación con las normas del grupo cultural de referencia; cualquier categoría local de la enfermedad utilizada por la familia y la comunidad del individuo para identificar la alteración (cf. *Glosario de síndromes psiquiátricos culturales*); las causas percibidas o los modelos explicativos que el individuo o el grupo de referencia utilizan para explicar la enfermedad, y las experiencias presentes y pasadas con los servicios profesionales o populares de asistencia sanitaria (DSM-IV, 1994: 843-844).

Aquí, al parecer, quedamos en una mejor posición. En efecto, Alexis dice que Ismenia está en medio de una guerra espiritual en la que el Demonio está dispuesto a jugar toda una serie de trucos con tal de no dejar obrar la acción milagrosa y curativa de Dios. Además, para una practicante de una religión protestante de versión fundamentalista, esto de la posesión demoníaca y del poder real que el Maligno tiene sobre los cuerpos y las vidas de sus víctimas es una verdad literal que hay que aceptar, porque representa una revelación divina. Todo esto es, por supuesto, bien grave y no debe tomarse a la ligera ya que estamos en el terreno de la fe.

Lo que parece más interesante de este dominio es la invocación a reconstruir los modelos explicativos de enfermedad mental que propone Alexis, la única persona del entorno familiar de Ismenia que los ha expresado, y eso a grandes voces. Esta tarea se hará más adelante.

FACTORES CULTURALES RELACIONADOS CON EL ENTORNO PSICOSOCIAL Y NIVELES DE FUNCIONALIDAD

Según el DSM-IV, en este dominio se anotan las interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social, los apoyos sociales disponibles y los niveles de actividad y discapacidad. Se incluyen el estrés en el entorno social local y el papel de la religión y de las relaciones familiares más próximas en el apoyo emocional, instrumental e informativo (DSM-IV, 1994: 844).

Nuevamente estamos en presencia de elementos importantes en la caracterización del caso de Ismenia. De hecho, estos elementos hacen del caso lo que es: uno muy difícil de encuadrar en una aproximación biomédica de la psiquiatría, puesto que reduce el problema de lo mental a disfunciones en el sistema

nervioso central de Ismenia. Se trata de una doble reducción: por la primera, lo mental se transforma en lo cerebral; por la segunda, *soma*, el cuerpo de Ismenia, se reduce también al sistema nervioso central. El resultado de esta doble reducción es dejar de lado el problema del sujeto y la subjetividad, lo que simbolizan los síntomas de la enfermedad de Ismenia y su interpretación –una hermenéutica que sin duda debe acometerse desde una apreciación de la vida de este joven cuerpo emaciado, hablado por su madre, quizá mejor, “poseído” por la madre, según sus propios intereses; un cuerpo, además, inscrito en un ordenamiento cultural que debe especificarse, más allá de formulaciones esquemáticas de “lo cultural” en la psiquiatría–.

Ahora bien: no se trata de negar “la biología” del “trastorno” de Ismenia, esto es, que aspectos importantes de la neurofisiología del sistema nervioso de esta joven mujer, por ejemplo, están comprometidos. Por el contrario, lo que se busca poner de relieve es que es sólo desde lo cultural que los síntomas de la enfermedad de Ismenia son simbolizados, se vuelven un objeto de análisis y de significación que valida la intervención médica. El cuerpo de Ismenia no se puede “leer” desde una teoría supuestamente neutra, objetiva, como pretenden los que afirman la cientificidad invulnerable de las ciencias naturales.

El historiador de la psicopatología descriptiva, German E. Berrios, aclara estos puntos cuando afirma que toda descripción de un síntoma implica una interacción entre una “señal biológica tenue” –originada en algún punto del cerebro– y niveles de “códigos psicosociales” –o “ruido”– que forman parte de los procesos de formación de síntomas. Algunos síntomas, añade Berrios, tienen más de señal, mientras que otros son más ruido. En todo caso, cualquier “observación clínica” nunca es una actividad cognitiva inocente. Ella se sustenta desde la *episteme* vigente en la que se mueve el observador, puesto que éste ha sido instruido por su cultura para percibir un desorden mental. Concluye Berrios:

la existencia de una perspectiva cambiante como ésta fomenta la creencia ‘relativista’ de que los síntomas mentales –y las enfermedades mentales– son *únicamente constructos* culturales. Las variaciones relacionadas con la cultura en la presentación de los síntomas, sin embargo, no necesariamente anulan el signo biológico (Berrios, 1996: 1-2)⁸.

Un análisis de los temas que comprende este punto de la formulación cultural del caso de Ismenia se acometerá en la sección final.

8 Los autores agradecen a María Angélica Ospina el haber puesto en su consideración el anterior argumento de German E. Berrios.

ELEMENTOS CULTURALES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Según el DSM-IV, aquí deben indicarse las diferencias de estatus cultural y social entre el paciente y el clínico, y los problemas que estas diferencias pueden causar en el diagnóstico y tratamiento –por ejemplo, dificultades para comunicarse en el idioma del paciente, en entender la causa de los síntomas o comprender su significado cultural, en establecer una relación apropiada o el nivel de intimidad, y en determinar si un comportamiento es normativo o patológico– (DSM-IV, 1994: 844).

Los ítems anteriores, con toda su plausibilidad en aquello de apreciar la realidad de una paciente como Ismenia, son superficiales. Porque ellos continúan con una presuposición básica que atraviesa este decálogo de cuestiones por considerar en la formulación cultural de los pacientes psiquiátricos. Se trata de que sólo el lado de la ecuación del paciente en su encuentro con el clínico responde a determinaciones culturales. Sólo el paciente es sujeto en la cultura, mientras que el especialista, en razón a su entrenamiento científico, como que levitara más allá de cualquier membresía sociocultural –levitación que sería, uno supone, la responsable de esa distancia conceptual, lingüística, y de formas de estar-en-el-mundo, aparentemente tan ajenas a las de los enfermos que tratan–. A no ser que el caso sea, como es, el de la distancia que separa a un psiquiatra “anglo”, entrenado en una escuela de psiquiatría de una universidad de los Estados Unidos, digamos que de la Costa Este de ese país, y un inmigrante ilegal latinoamericano habitante de, digamos, Jackson Heights en Nueva York.

La verdad es que estamos lejos de entender lo que se denomina “el sector profesional del sistema de atención en salud” de un país como Colombia, como un verdadero sistema sociocultural. En este sentido, no sólo los pacientes que tratan los doctores son seres sujetos de la cultura, con todo y sus sistemas de creencias que se validan por la costumbre y cuya aceptación está por encima de cualquier intento de prueba empírica. Porque es que todo el sistema médico es a la vez una estructuración ordenada y apuntalada en el conocimiento científico de saberes expertos, sancionados por un ordenamiento jurídico político, y un sistema jerarquizado y generizado, donde el lado médico es jerárquicamente superior al lado paramédico –el primero pensado invariablemente en términos masculinos, a pesar de la inmensa proporción femenina en sus rangos que se ve en la actualidad, y el segundo pensado siempre en términos femeninos; ya se sabe, el familiar esquema del doctor y la enfermera–. Además, y esto es bien importante, la transmisión de esos saberes, en los que ocupan nódulos centrales las facultades de medicina aprobadas por la ley, va mucho más lejos que lo que la delimitan los métodos tradicionales de prueba del conocimiento científico, y todo su andamiaje de procedimientos racionales para determinar qué es falso y qué es verdadero, qué se debe hacer ante un enfermo y qué no se debe hacer.

Todo, en fin, lo que llaman ahora la “medicina basada en la evidencia”. Porque es que hay que observar los pasillos, las cafeterías y las zonas de descanso de los profesionales de la salud en cualquier hospital universitario. Allí se dan los viejos procedimientos de intercambios de información y rutinas clínicas, de consejos y consejas que hacen de la tradición oral una de las formas privilegiadas de la enseñanza y el aprendizaje de la medicina. En esos escenarios, y en los más propiamente clínicos como el pabellón de pacientes hospitalizados, todavía hoy el viejo clínico o la especialista experimentada transmiten, en forma anecdótica unas veces y sentenciosa la mayoría, a sus discípulos y discípulas, los jóvenes estudiantes de medicina, los internos y los residentes, sus experiencias y conocimientos médicos. A pesar de los computadores y de las búsquedas en Internet de los últimos artículos publicados en las revistas internacionales sobre los temas médicos de actualidad, de los meta-análisis y los árboles de decisión, la dupla maestro-discípulo no ha sido del todo erradicada de la enseñanza médica.

He aquí, delineada a bruscos trazos, una inmensa tarea por realizar; sin duda más interesante que evaluar si un pediatra ante el lecho hospitalario de Ismenia entiende cuando Alexis le habla de que su hija forma parte de “un ministerio de guerra” en contra del Maligno.

Lo cual nos lleva al último dominio, el quinto, de esta formulación cultural: *la evaluación cultural global*. En este dominio, el DSM-IV asevera que la formulación debe concluirse con una discusión sobre cómo estas consideraciones culturales influyen de manera específica en un diagnóstico y una asistencia comprensivos (DSM-IV, 1994: 844). Tarea ambiciosa, sin duda, que acometeremos con las demás pendientes en la última sección de este artículo.

Antes, no obstante, es necesario decir algunas pocas palabras respecto a un esfuerzo reciente por romper los esquematismos culturales y diagnósticos del sistema del DSM-IV. Se trata de los intentos de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL, y su *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico* (GLADP, 2004). Para los de la APAL, diagnosticar en psiquiatría, además de ser un proceso de evaluación del paciente y de ordenar de forma sistemática la información obtenida, va más allá de la operación de identificación de enfermedades –la nosología– y la de distinguir una de otra –el diagnóstico diferencial–. El diagnóstico, en efecto,

no es sólo identificar trastornos, sino entender cabalmente lo que pasa en la mente y el cuerpo de la persona que busca atención clínica, incluyendo el modo particular como se manifiesta y se vivencia una enfermedad en cada paciente, cómo afecta ésta sus relaciones labores, familiares y sociales, y cómo impacta su calidad de vida (GLADP, 2004: 35).

Nótese en la anterior observación textual algo que irritaría a los adalides del DSM-IV. Según la APAL, para diagnosticar en psiquiatría hay que entender lo

que pasa en la mente y en el cuerpo del enfermo; o lo que es lo mismo, hay que partir del viejo dualismo *soma-psykhé*, que para el DSM-IV sólo es una muestra del “anacronismo reductor del dualismo cuerpo-mente”. Interesante contraste, puesto que eso significa que los latinoamericanos siguen moviéndose en un presupuesto fundamental de su “cultura”, aquel que distingue “la cárcel del alma” del “alma” misma de un sujeto, según valoradas creencias judeocristianas reforzadas en estos lares por siglos de Contrarreforma. Al frente de éstas, se agitan las ideas de la Reforma protestante, que son las que hicieron posible –y merced a intrincados avatares históricos que trascienden los propósitos de este escrito–, el monismo materialista y reduccionista de la APA norteamericana. Estamos en presencia, una vez más, del viejo dualismo cartesiano redivivo, en sostenida oposición a los modelos que hacen de la mente una especie de computador que procesa información, en serie y en paralelo, gracias a la integración de módulos operacionales fundamentalmente autónomos aunque no independientes –el llamado modelo conexionista de la mente humana, muy en boga hoy en la neurociencia anglosajona, que da pie para pensar en el *homo sapiens* como el *hombre conductista*, una “pobre criatura partidaria del cientificismo inventada por los adeptos del cerebro máquina” (Roudinesco, 2000: 105)–. A pesar de que decidir quién en últimas tiene la razón en estos álgidos temas es motivo de ardua disputa intelectual, quiérase que no, la inmensa mayoría de los pacientes psiquiátricos es aún firmemente dualista y todo lo que se deriva de ello en su versión de la Contrarreforma española. No importa que la Reforma neoliberal y su “sociobiología calvinista”, proveedora de nociones de naturaleza humana individualista y egoísta, esté tomando la delantera en estas regiones de la periferia mundial⁹.

Dualista o no, la clasificación psiquiátrica de los latinoamericanos es de entrada sensible a esa dimensión no orgánica de la enfermedad mental –aquella dimensión articulada por la interacción y la intersubjetividad humanas, que es desde donde comienza a identificarse, moral y clínicamente, la “locura”–. “El proceso diagnóstico”, afirma el GLADP, “debe encuadrarse dentro de las condiciones en que el clínico opera y dentro del contexto sociocultural del paciente” (GLADP, 2004: 35).

El resultado de este ejercicio es la propuesta de un nuevo modelo de diagnóstico integral, desplegado en dos grandes acápites. En el primero aparece una formulación multiaxial estandarizada, con cuatro ejes principales: Eje I: trastornos clínicos médicos y psiquiátricos y problemas relacionados. Eje II: áreas y grados de discapacidad –respecto al cuidado personal, funcionamiento ocu-

9 El mote de “sociobiología calvinista” no es propio; se toma de un grupo de investigación en sociobiología de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

pacional, funcionamiento con la familia y social en general-. Eje III: factores contextuales –problemas psicosociales-ambientales con respecto a familia y vivienda, educación y trabajo, economía y aspectos legales, cultura y ambiente-. Eje IV: calidad de vida –basada principalmente en la percepción que el paciente tiene de su propia calidad de vida, y formulada, sea través de una calificación global directa o de un instrumento apropiado-. El segundo acápite, llamado de la formulación ideográfica personalizada, tiene un “carácter fundamentalmente cualitativo y se vincula científicamente con la investigación etnográfica y aspira a un resultado dialógico –clínico-paciente- y diacrónico –dinámico y longitudinal-”. Por ello se recomienda que la presentación de esta formulación sea una narrativa que aproveche las posibilidades literarias del lenguaje coloquial, en su exploración de una contextualización de los problemas clínicos, los factores positivos del paciente y sus expectativas sobre la restauración y promoción de la salud (GLADP, 2004: 41-45).

Ante esta propuesta alternativa de nosología psiquiátrica uno puede, con justeza, invocar de nuevo “El idioma analítico de John Wilkins”, en donde Jorge Luis Borges discute una ingeniosa clasificación de todos los animales que encontrarse en la enciclopedia china *Emporio celestial de conocimientos benévolos*. El punto de Borges es, desde luego, que no existe una clasificación única ni perfecta, y que en principio toda clasificación, por disparatada que parezca, y la clasificación china de los animales lo es –¿sería?–, es posible. Porque es que toda clasificación, remata el sabio argentino, es siempre arbitraria y conjetural (cf. Uribe, 2000). Uno puede, así mismo, recordar la provocadora aseveración de Berrios cuando dice sin ruborizarse que el lenguaje de la psicopatología descriptiva usado hoy para registrar los síntomas de las enfermedades mentales, en conjunto con su vocabulario, su sintaxis, sus presuposiciones sobre la naturaleza del comportamiento y sus reglas de aplicación, es un lenguaje del siglo XIX. En sus palabras: “Este lenguaje fue compuesto en Europa durante la primera mitad del siglo XIX, y se ha mostrado de forma sorprendente muy estable” (Berrios, 1996: 1). Como quien dice: todos los ejercicios de psicopatología descriptiva que en la actualidad se emprenden, son en realidad variaciones de temas que tienen casi dos siglos de haberse formulado. Como en el *Gatopardo*: “Todo cambia para que nada cambie”.

No obstante el sabor amargo de lo que se acaba de escribir, y esta amargura parece irreprochable, hay también que registrar el hecho de cómo los psiquiatras latinoamericanos son más abiertos a dejar entrar en su clínica las realizaciones de la antropología médica, en particular de la antropología psiquiátrica y la etnopsiquiatría. Ello dentro de un ánimo que en realidad va mucho más lejos de esta región, como quiera que por fuera del ámbito psiquiátrico anglosajón se ha despertado recién un interés por la hermenéutica psiquiátrica, más propio de una vieja tradición clínica de la Europa continental. Es en el espíritu de esta abertura

fresca ante las posibilidades hermenéuticas en la enfermedad mental, que emprendemos esta última sección “ideográfica y personalizada” del caso de Ismenia.

ISMENIA DE CARNE Y HUESO (NARRADA POR ALEXIS)

El miércoles 3 de noviembre de 2004, muy temprano en la mañana, Ismenia, y su madre, Alexis, llegaron a las instalaciones del Hospital de La Misericordia. Venían a cumplir su cita de consulta externa en el Servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Hospital. Todo el personal del servicio presente estaba ansioso de encontrarse otra vez con la pareja, esa misma que meses antes –cuando Ismenia estaba hospitalizada– tanto había dado de qué hablar. Y tanto había enseñado a los doctores y a los estudiantes de medicina –por lo menos eso pensábamos entonces–. Cuando se acomodaron en la modesta sala de espera del Servicio –en realidad unos muros de cemento en el pasillo–, se les propuso que contaran con calma toda su historia de enfermedad, y sus perspectivas en torno de la misma, en una entrevista que sería videograbada. Alexis al punto se mostró conforme y entusiasmada. Ismenia sólo calló y huyó de la sala con rumbo a la sección de juegos del Hospital. Nunca quiso hablar, como era su costumbre. Menos, ser entrevistada.

76

No había comenzado aún la entrevista, cuando de súbito Alexis lanzó al viento una retadora propuesta: “¿Usted quiere entender qué es lo que le pasa a Ismenia? Sencillo. Entonces usted tiene que leer el libro de Rebecca Brown llamado *El Señor vino a dar libertad a los cautivos*. Allí está todo”. El tono de la sentencia era tal, que al parecer, antes de cualquier cosa habría de cumplirse con la tarea tan seriamente planteada. Durante el transcurso de la conversación volvió a aparecer mencionado el libro de la Brown; en esta ocasión fue para indicar que fue su propia madre, la abuela de Ismenia, la primera en toparse con el famoso título. Según Alexis, la abuela le dijo:

... todo lo que Ismenia describía en sus visiones nocturnas al pie de su lecho, con esos monstruos de dos metros de altura, con escamas en la piel y uñas largas y los pies como garras, de esos hombres con caras de rata y esos hombres murciélago, todo, todo eso, está en el libro de Rebecca Brown.

Alexis, por supuesto, se consumió en el texto de la obra y al final concurrió con su progenitora: “¡Sí, todo está ya dicho! ¡Todo está en Rebecca Brown!”.

Pasaron muchos meses después de esta última conversación con Alexis antes de que pudiéramos con la tarea propuesta por ella. ¿Quién es esta Rebecca Brown? Una investigación sobre el personaje empezó a arrojar sorpresa tras sorpresa.

A ella se refiere el antropólogo peruano Fernando Fuenzalida en su discusión sobre el retorno del Anticristo en esta época de la religiosidad de consumo (Fuenzalida, 1995: 131-161). En su trabajo Fuenzalida hace eco a ideas de auto-

res como Giddens (1991) y Roudinesco (2000), entre otros, quienes afirman que en estos tiempos mesiánicos y confusos del nuevo milenio, la incertidumbre, el riesgo, la depresión, el estrés, la hipocondría y las enfermedades psicósomáticas y funcionales, la inadecuación y la insuficiencia individuales, “proporcionan un inmenso mercado para quienes se ofrezcan a remediar estos males” (Fuenzalida, 1995: 135). Y los sanadores disponibles, en consecuencia, abarcan una amplísima y casi ilimitada panoplia de terapias y psicoterapias, sistemas terapéuticos naturales y sobrenaturales, ciencias ocultas y no tan ocultas, nuevas y viejas religiones sintetizadas en amalgamas insospechadas, chamanismos y neochamanismos, y cultos de los más disímiles tipos que mezclan lo satánico con lo mágico y lo brujesco. En fin, aquí conviven “el oro y el moro” terapéuticos. Y en la convivencia ocupan papel distinguido los fundamentalismos protestantes engendrados en los Estados Unidos, especialmente de corte pentecostal y neopentecostal, cada vez más radicales en ese país frente al integrismo islámico. De la misma forma como también coexisten aquí los fundamentalismos católicos de muchos grupos carismáticos (cf. Ospina, 2004; Ospina y Sanabria, 2004: 499). Allí es donde aparecen los dones proféticos de aquellos que, como Rebecca Brown, fueron “bautizados en el Espíritu Santo”. Sólo que Rebecca es de lo más radical de lo radical conservador de estos fundamentalismos. Según Fuenzalida,

la fundamentalista Rebecca Brown [es clara en afirmar] que mientras las inspiraciones de los pentecostales de la escuela evangélica vienen de Dios, las de los carismáticos católicos proceden del Diablo y de los malos espíritus. La misma autora sostiene que la misa católica es un rito mágico de adoración al Demonio y exige que a los conversos procedentes de la Iglesia Romana se los exorcice de manera especial (1995: 148-149).

Rebecca Brown ha tenido una vida llena de avatares¹⁰. Nacida en un pequeño pueblo de Indiana, Estados Unidos, en mayo de 1948, fue primero una enfermera certificada antes de iniciar estudios de medicina en la Universidad de Indiana. Una vez recibió el grado como médico, realizó su internado y comenzó su residencia de medicina interna en el Ball Memorial Hospital, en su estado nativo. Al principio todo parecía ir bien en el Hospital. Según el director de la escuela médica, durante los primeros años la doctora Brown se esmeraba en su trabajo asistencial, pero después empezó con la idea de que era necesario realizar exorcismos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la institución: ella resolvió que había sido escogida por Dios para curar enfermedades que otros

10 En lo que sigue se utilizó información contenida en los siguientes sitios de la red, recabada en el mes de diciembre de 2006: 1. *The Bizarre Case of Dr. Rebecca Brown*, <http://www.answers.org/satan/brown.html>; 2. *Harvest Warriors*, <http://www.harvestwarriors.com/>; 3. *The Return of Rebecca Brown. The Curse of Curse Theology*, <http://www.pfo.org/curse-th.htm>; 4. *Heresy Warning*, <http://www.geocities.com/paulblizard/brown.html>

doctores no podían. Al poco tiempo, todo se volvió para ella asunto de demonios y espíritus del mal conspirando por todas partes, situación que la indujo a emprender una verdadera cruzada de exorcismos, hechos que eventualmente llevaron a las directivas del Hospital a despedirla.

Antes de su expulsión, la doctora tuvo contacto con Edna Elaine Moses, una mujer madura más conocida como la “gran sacerdotisa Elaine” –paciente del Hospital– con paladar escindido desde su nacimiento y afectada por una leucemia –además de varios trastornos psiquiátricos–. Con la sacerdotisa, ahora huésped permanente en la casa de la doctora, Rebecca inició un “tratamiento” con sesiones masivas del exorcismos, rezos, rogativas y plegarias, que incluían también dosis masivas de demerol, un analgésico narcótico, similar a la morfina, y fenobarbital, un somnífero antiepiléptico. La hija de Elaine, Claudia Moses, una muchacha de quince años y enferma mental como su madre, también recibió esos tratamientos radicales de la doctora Brown con demerol, terapias que se unieron a sus acostumbrados exorcismos y a otros desmanes de mala práctica médica, suficientes como para que el estado de Indiana le retirara su licencia para ejercer medicina en 1984.

78

Desde entonces, la vida de Rebecca Brown fue de peregrinación por varios estados de la Unión norteamericana, hasta finalmente asentarse en un pequeño pueblo de Arkansas, Clinton, con su nuevo marido: un personaje con una historia personal también turbia y complicada llamado Daniel M. Yoder. Juntos habían fundado una iglesia llamada primero “Las Fuentes de Vivir en Gracia” y luego simplemente “Las Fuentes de la Felicidad”. Actualmente, el ministerio de la pareja fue bautizado con un nombre más militante: “Los Guerreros de la Cosecha”, el cual describen como un ministerio cristiano abundante de los dones del Espíritu:

... la meta de los Guerreros de la Cosecha es reclutar el ejército de Dios en estos últimos días, un ejército con el poder y el entrenamiento para acometer la guerra espiritual necesaria para recolectar una abundante cosecha de almas para Cristo.

Además, estos guerreros apoyan a otros guerreros de la Unión. En el encabezamiento de su sitio en la red (<http://www.harvestwarriors.com/>), al lado de la bandera de los Estados Unidos aparece un epígrafe que declara que los Guerreros de la Cosecha “apoyan y honran a nuestras tropas y elevan plegarias diarias para su protección y bendición”.

Lo que se acaba de consignar sobre el ministerio del matrimonio Yoder es bien significativo. Para ellos su fe es una fe militante, guerrera, muy apropiada para su mesianismo milenario que ve aproximarse el fin de los tiempos con la entronización en el mundo del Anticristo, aquel que es necesario aniquilar antes de que se pueda instalar la gracia definitiva de Cristo. Este Anticristo no es

nadie menos que el mismo Satán, y sus obras son visibles en cada esquina del planeta, sólo que la ignorancia del pecado en la que están hoy sumidos los seres humanos les impide ver sus señales y darse cuenta del peligro inminente por el que atraviesa la humanidad. Se trata pues de una versión extrema del evangelismo cristiano de los Estados Unidos, un evangelismo que ha establecido una fuerte alianza con los políticos neoconservadores, columna vertebral de la presidencia de George W. Bush –tan extrema es esta versión, en efecto, que otros grupos evangélicos se han constituido en los principales críticos y detractores de los Guerreros de la Cosecha–.

Uno de estos críticos afirma que las ideas de Rebecca Brown parten de la premisa de que todos los problemas de la cristiandad tienen que ver con una larga e ininterrumpida cadena de maldiciones del Demonio. Esas maldiciones, que traen pobreza, calamidad, tentación, mala suerte y lucha, están ahí debido a que los cristianos y sus familias también han sido maldecidos por el Maligno, gracias a la herencia de la maldición de los padres a los hijos, y a la irrupción en los terrenos del Diablo cuando se rompen los juramentos a Dios, o se olvida un pecado y se evita su confesión. Esta “teología de la maldición”, concluyen los críticos, es en sí misma una maldición a la Iglesia porque es especulativa y no se apega de forma estricta a la exégesis bíblica. Más aún:

... le hace el juego al mismo Satán al enfatizar sus poderes y pierde el equilibrio adecuado que debe existir en el estudio de la demonología bíblica correcta y en la satanología. Además, desvía y confunde a los cristianos en términos de su sano crecimiento, así como falla en explicar el origen de los problemas humanos y los dilemas de la vida al ofrecer una solución inútil (<http://www.pfo.org/curse-th.htm>).

La pregunta ahora es qué vieron Alexis y la abuela en el libro de Rebecca Brown, *El Señor vino a dar libertad a los cautivos –He Came to Set the Captives Free–*. Este libro narra en su primera parte la historia de Elaine, la paciente de Brown y antigua gran sacerdotisa de un poderoso culto satánico clandestino. Reclutada a una tierna edad para el culto, Elaine llegó a convertirse en la esposa del Señor de las Tinieblas, Satán mismo, con quien a menudo tenía intercambios sexuales orgiásticos descritos con detalle en el texto. El libro no escatima tampoco descripciones de sacrificios humanos y de todo un ceremonial, como la boda de Elaine con el Maligno, que recuerda las famosas descripciones del aquelarre europeo de moda por los siglos XVI y XVII. También aparece un recuento de las misiones que la sacerdotisa y esposa del Demonio emprendió por todo el mundo en la prosecución de sus intereses siniestros. Viajes para hablar con presidentes y jefes de Estado, al Vaticano para reunirse con el Papa, con quien, dice, trabajó de cerca, al igual que con los jesuitas y los masones. También tuvo reuniones con varias estrellas del *rock*, “quienes firmaron contratos

con Satán a cambio de fama y fortuna”. Más adelante el libro empieza a detallar las ingentes tareas y las duras ordalías por las que la doctora tuvo que pasar para liberar a Elaine de las garras de Satán y de sus agentes en la organización cultural. Aquí Rebecca narra con vividez sus varios encuentros con el Demonio, hasta por fin lograr la redención definitiva de su paciente (cf. resumen del contenido del libro en: <http://www.answers.org/satan/brown.html>).

No es exagerado afirmar que Alexis identifica a su hija Ismenia con la figura de Elaine. Porque, según ella, en Ismenia confluyen cuatro generaciones en las que miembros de su familia materna, especialmente las mujeres, han heredado las maldiciones del Demonio. Todo comenzó cuando el bisabuelo de Ismenia, el papá de la mamá de Alexis, hizo un pacto con el Señor de las Tinieblas. O relatado por Alexis: cuando su propio abuelo quedara en una “atadura” con el Diablo. Tan enterada estaba la abuela de Ismenia de esa maldición, que fue ella, como vimos, la que primero puso en el contexto de *El Señor viene a liberar a los cautivos* todo el drama familiar, versión que Alexis no duda ni un minuto en secundar.

Lo importante es que con la generación de los bisnietos debe terminar el conjuro. Claro que es necesario, según Alexis, que toda la familia se “entregue” a Dios: “Dios dice que si nos entregamos a Él, Él corta con esa maldición”. Esto explica el porqué Alexis es la principal patrocinadora de la conversión de los miembros de su familia –en especial de su familia nuclear– al cristianismo evangélico. En ese sentido, ella es una especie de Rebecca Brown para su hija, así como para el resto de sus parientes, incluido su esposo Henry. Tan Rebecca es Alexis, que ella no duda en confrontar a los médicos, como lo hizo la propia Rebecca, en su escenario natural que era el Hospital. Ella ha sido pues escogida por Dios para curar las enfermedades que los médicos no pueden curar. ¿Cómo lo podrían hacer, si en realidad Ismenia está “atacada por gobernadores y gobiernos de las tinieblas”? Y como si fuera poco, Alexis utiliza metáforas militares, de forma análoga a como lo hacen los pastores de la iglesia de los Guerreros de la Cosecha, para referirse a la nueva misión de ella y su familia: “Tenemos un ministerio de guerra para los tiempos que vienen”.

Con lo que hasta aquí queda dicho ya se puede sacar una primera conclusión en blanco y negro. *El Señor vino a dar libertad a los cautivos* de Rebecca Brown funciona como un gran telón narrativo maestro. Esta narrativa maestra, o meta-narrativa, le permite a Alexis simbolizar y resignificar con caracteres cósmicos y globales su larga historia de sufrimientos domésticos –una historia de sufrimiento en la que los sucesos de los últimos seis años, después del “dengue” que desencadenó la “supuesta” anorexia que dicen los doctores afecta a su hija, es apenas un dolorosísimo capítulo–. En los otros capítulos, Alexis enlaza la vida de Ismenia con su propia vida familiar, a la vez que esta última al final resulta ser más la vida de ordalías que Alexis ha tenido que soportar. En últimas, Ismenia

es para esta madre, sensibilidades aparte, un excelente móvil para diligenciar su propia causa. ¿Es esto lo que denuncia el obcecado silencio de la hija?

Veamos ahora este entramado de relatos que se proyectan, a la manera de un *collage* singular y barroco, sobre el telón de fondo de una narrativa cósmica que reitera las eternas conspiraciones del Maligno.

Son cuatro los registros narrativos que funcionan como elementos constitutivos básicos que permiten aterrizar, por así decirlo, la metanarrativa antes expuesta. Aterrizar sí, pero también aportarle verosimilitud dramática y hasta darle al relato cósmico una sustancia tangible, concreta, incorporada en personas de carne y hueso, diríamos. Estas narrativas parciales son, por otra parte, productos de una interpretación realizada con base en los elementos discursivos que expuso Alexis en la entrevista de ese miércoles de noviembre de 2004, y en las otras ocasiones en la que esta intensa mujer se explayó en el relato de sus cuitas.

Un primer bloque narrativo es el más epidérmico y legible. Este se consigna en la voluminosa historia clínica de Ismenia a partir de lo reportado en secciones tales como Motivo de consulta, Historia de enfermedad actual, Antecedentes de enfermedad —es decir, en lo que se llama en la parla médica la dimensión subjetiva del encuentro entre el facultativo y su paciente—. Por este motivo, esta narrativa puede ser propiamente denominada como “histórica”, en un doble sentido. Primero, es histórica en cuanto que es cronológica, y se organiza según el día a día, hospitalización tras hospitalización, consulta tras consulta. Cualquier intervención de algún miembro del equipo médico o paramédico debe por fuerza ser registrada, y debe detallar el tipo de intervención realizado, so pena de sanciones legales. En este registro narrativo se encuentra así una dimensión temporal con la que se monta la historia de enfermedad de Ismenia, entretejida con su historia de vida y con la familiar. Segundo, es histórica porque ella se puede recuperar, precisamente, a partir de la lectura de la evidencia documental en la que deviene la historia clínica oficial de Ismenia como paciente del Hospital de La Misericordia. Esto último configura una práctica usual en el medio médico hospitalario. Cualquier decisión clínica o de tratamiento requiere que se presente un “resumen” de la historia clínica del paciente, y que se detallen, entre otros temas, todas las instancias terapéuticas a las que ha recurrido en procura de la solución de sus padecimientos médicos.

Ahora bien: en cuanto que histórica en este doble registro, esta narrativa es la que admite un mayor grado de verificabilidad, aunque porque siempre queda un margen de incertidumbre, amplio o estrecho según cada paciente, es improbable contar con una verificabilidad absoluta. Inclusive, en ocasiones no se hacen ingentes esfuerzos para disminuir estos márgenes de error.

Una buena parte de la narrativa histórica de Ismenia ha quedado consignada más arriba. No obstante, hay ciertos detalles de ella que no recibieron mu-

cho relieve antes de que entráramos a mirar el caso. El primero, y fundamental, es que Ismenia –según Alexis– tuvo siempre una niñez muy solitaria, la cual hizo de ella una niña muy especial:

... llegando al añoito, era una niña como sola. Duraba mucho tiempo sentadita en la cama meciéndose. Se reía sola y jugaba sola. Teniendo dos años ella se metía a los rincones, llevaba sus juguetitos y comenzaba a reírse y reírse. Tampoco era que le gustaran mucho las guarderías, ni jugar con los niños vecinos, ni con sus hermanitos. Eso sí, hablaba poquito, pero lo que hablaba, lo hablaba clarito.

Más adelante Alexis añade que cuando Ismenia tenía entre dos y cinco años, comenzó a mostrar “cosas más raras”:

... uno la bañaba y ella decía: ‘¿Mami por qué no le echa agua a él?’. Y después fue con que ‘mami, déle comida a él’. Un día yo me senté y le pregunté, y ella me dijo: ‘Yo tengo un amiguito y se llama John, yo lo veo’. Y lo describió enano, con ojos azules, un enano viejo. Yo comencé a intrigarme. Le pregunté a un psicólogo y él me dijo que eso eran amigos imaginarios que ellos tenían; que había que dejarlos. ¡Mentira!, nada de imaginarios. Ahora que yo estoy en el Evangelio sé que esos duendes son demonios de verdad.

“Y le hacían compañía a la pequeña Ismenia” –concluye uno, donde las palabras de Alexis se interrumpen–.

82

Fue después, hacia los nueve años de edad –de acuerdo con el relato de Alexis–, cuando su hija empezó a desarrollar dones de sanación con los niños y niñas del vecindario, que hicieron de ella una especie de pequeña “Virgen local”. Para cubrirse de las murmuraciones, la abuela de la primera “paciente”, una niña de la cuadra que sufría de una infección en el oído y quien fue curada por Ismenia con sus ungüentos y sus oraciones, decidió llevarla donde los médicos en Bogotá. Según Alexis, “en Bogotá los médicos confirmaron la obra del Señor”. No obstante, en la iglesia evangélica a la que asistía Alexis no se mostraron muy contentos con el procedimiento: “... los pastores dijeron que eso era muy peligroso”. De esta manera detuvo, a regañadientes, una larga romería de enfermitos locales que esperaban turno para ser atendidos por la niña sanadora del vecindario.

En este punto la narración histórica se imbrica con otro registro, el segundo, que constituye en realidad la concreción de la metanarrativa cósmica en la historia familiar de Ismenia. Porque es que la pequeña Virgen tiene aliadas en sus dos hermanas, Ifigenia la mayor y Clío la segunda hermana, pues ambas tienen también dones que las hacen aptas para la percepción de la guerra espiritual y física que libra Satán para esclavizar a los seres humanos gracias a sus maldiciones –el tema central, por supuesto, de la teología de la doctora Brown–. Para Alexis, Clío podía observar los duendes; inclusive podía recitar sus nombres. Uno de ellos se llamaba High Hu (*sic*), que no John, muy conocido porque está en Hollywood, California. Sin duda el Maligno –opina Alexis– está infiltrado en California, sede de una de las mayores sectas satánicas del mundo. Como tam-

bién son agentes del Demonio numerosos cantantes de rock con sus canciones llenas de mensajes subliminales terribles. Hasta Shakira –asegura Alexis– enmascara mensajes subliminales demoníacos en algunas de sus letras.

A Ifigenia, en cambio, los duendes o demonios de su hermana, localizados en California empezaron a llamarla. Inclusive ella hizo un “viaje en cuerpo astral” hasta esa parte de los Estados Unidos. Por eso tuvieron que orarla. Porque a esta hija de Alexis también la estaban persiguiendo los demonios de Satán. Afortunadamente la madre de esta familia “se metió al Evangelio” por entonces, y en la compañía de una de sus hermanas, la tía de Ismenia, emprendieron la organización del ministerio familiar –parte de un gran ministerio de guerra con muchas familias que está organizando Dios para combatir al Anticristo del que se habla en el *Apocalipsis*; un ministerio de guerra, además, que va a ayudar a muchos seres humanos en esta catástrofe–. “Porque es que van a venir cosas muy graves”, añade Alexis, segura de lo que está revelado en el libro sagrado. Y de lo que escrito está en *El señor vino a liberar a los cautivos*. “Si usted lo lee, doctor, allí entenderá muchas de estas cosas”, enfatiza Alexis, la “columna” en esta guerra contra el mal.

En este ministerio ya están los cinco hijos de Henry y Alexis y la tía materna. Y ya casi entra a formar parte de él el mismo Henry, el más duro de convencer por sus pecados de infidelidad. Cuando el padre entre en pleno al ministerio de guerra de Alexis, se cerrará el ciclo de las cuatro generaciones malditas por el Maligno. Porque se desatará la atadura que ligó al bisabuelo materno de la pequeña Virgen con el Demonio. Porque la alianza con Dios en su ministerio de guerra para los tiempos que están por venir, acabará por siempre con lo satánico, con el mal que ha rondado a esta familia, la familia que Él ahora ha escogido. El bien derrotará al mal por siempre, al final de los días. Y el rostro de Alexis se ilumina, mientras su brazo se despliega hacia el infinito, su dedo índice derecho extendido como si indicara el camino.

La mención de Henry, esposo de Alexis y padre de Ismenia, nos facilita el camino para virar hacia el tercer registro narrativo. Llamamos a esta narración la “narrativa brujesca”, por cuanto la brujería es lo que implica de forma esencial a Ismenia con su padre en esta parte de la historia.

Alexis introdujo este protocolo marcado con el sello de lo secreto a propósito de la primera crisis de su hija, después de las pesadillas en medio de las fiebres del dengue. Esa fue la vez, recordemos, de las visitas de los satánicos al pie de la cama de la niña, para brindarle ofrendas de sabrosas y finas viandas que luego se tornaban, inexplicablemente, en desechos descompuestos.

—Mamá —cuenta Alexis que le decía su hija—, anoche me mostraron unas cosas inmundas; duendes en mi cama me mostraban muchos platos de comida con las cosas más ricas de comer, pollos, carnes, comida rica. Cuando yo iba a probar bocado,

mamita, esos alimentos se volvían gusaneras y de pronto todo olía a mortecino. Todo alrededor me olía a mortecino.

Por ello, explica la madre, su hija amanecía sin deseos de alimentarse. Todo le recordaba el olor y la visión repelentes. Inquieta con las extrañas visiones de su hija y con su evidente deterioro físico, Alexis empezó a consultar a sus pastores. Primero a los locales. Luego a un pastor con verdadero relumbré nacional e internacional, el pastor del Centro Misionero Bethesda en Bogotá, Jorge Enrique Gómez Montealegre¹¹. Para Alexis, este sí era el ministro adecuado para el caso de su hija, dado que antes de su conversión al cristianismo, Gómez había sido “un brujo muy poderoso”. En Bethesda el pastor le confirmó lo peor: Ismenia era víctima de poderosos gobiernos del mal y era necesario liberarla de aquella horda de Satán. Sin dudas, Alexis sometió a su pequeña a la liberación. Resulta interesante el giro que adoptó esta liberación, porque la liberada fue Alexis y no Ismenia. Cuando el procedimiento estuvo realizado, la madre empezó a vomitar y a vomitar “cosas inmundas”, “porquerías iguales a la mortecina que aparecía en las visiones de su hija”. Sin embargo, la peor revelación estaba por venir: detrás de toda esta desazón había un “trabajo” de brujería que atacaba a toda la familia de Henry. Poderoso maleficio este, por cuanto había sido hecho con “tierra de difunto, con hueso de cráneo”. La liberación en esas condiciones no era suficiente. Era necesario, según el pastor Gómez, que todos ayunaran con Henry, y que oraran mucho “para que se diera el tiempo”. No obstante, aquello del ayuno no se pudo mucho, “por lo del trabajo de Henry. Ya sabe, hay que ganarse el mínimo”.

Poco a poco se reveló la magnitud del trabajo de brujería. Para entonces, Henry empezó a manifestar los síntomas de la enfermedad que todavía lo aqueja: su extraña parálisis de la mitad del cuerpo, comenzando por la cabeza. Ante esa nueva situación, Henry mostró mayor disposición a realizar una nueva liberación, esta vez a cargo de un pastor itinerante por la región del Magdalena Medio. Y otra vez, después de la liberación, es Alexis la que vomita la tierra pu-

11 El Centro Misionero Bethesda del pastor Gómez es hoy un verdadero emporio evangélico, con más de ciento cuarenta iglesias en todo el país. Cuenta, así mismo, con nueve emisoras de radio que difunden el mensaje evangélico y un canal de televisión. Desde 1996, el pastor Gómez mantiene por la Cadena Uno de la televisión colombiana el programa “Buenos Días Señor”.

A comienzos del año de 2001, Gómez fue secuestrado por la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, FARC, un incidente que según él fue uno de sus motivos para encabezar una lista a las elecciones del Senado en 2006 por el movimiento *Colombia Viva*, afín a la campaña reeleccionista del presidente Álvaro Uribe Vélez, su amigo personal. A *Colombia Viva* pertenecen o han pertenecido políticos tan controvertibles como Miguel de la Espriella, Dieb Maloof, Habid Mehreg, Jairo Enrique Merlano y Luis Eduardo Vives. El pastor Enrique Gómez fracasó en sus aspiraciones al Senado de la República (cf. artículo de Cristina Vélez en *Vote Bien*, publicado en Terra.com.co, http://www.terra.com.co/elecciones_2006/reportaje/22-02-2006/nota276358.html, consultado en diciembre de 2006).

trefacta con la sangre negra, en medio de ese olor fétido, lo que la hace exclamar que esa era la misma mortecina que la niña sentía. Y que “el trabajo” y “el trabajo”, que por fin fue descubierto en la habitación del matrimonio por un especialista local experto en el tema: la maldita tierra de cráneo y todo el resto de “porquerías” del postizo estaban camuflados dentro de uno de los tubos de un mueble de metal. Para Alexis, se trataba de un pérfido trabajo ligado a la magia afroamericana del vudú, una de esas “cuestiones espiritistas” que habían afectado a su familia durante cuatro generaciones: “¡La bruja!, una reconocida bruja de una población vecina, con muchos poderes ella, había utilizado el nombre de mi abuelo” —el bisabuelo de Ismenia—.

Ahora todo se conjugaba para entender el problema. La culpable era una secretaria, amante de Henry, que el buen hombre decidió llevar un día a vivir en su propia casa dizque para que no tuviera que viajar mucho al pueblo vecino en donde ella vivía. Y el marido la mete a la casa de su mujer y comienzan los rumores, las advertencias, las consejas:

—Sí, comadre, que son amantes.

—Sí, doña Alexis, esa mujer es muy rara.

—Rara —remata Alexis—, si lo que hizo esa bruja fue hacerse traer a mi casa para quedarse con mi marido. ¡Cinco meses que vivió allá, y yo de boba! —y prosigue—, ¡claro!, es que Henry siempre llevó una vida disoluta, muy mala, llena de viejas... Mire Henry, yo le decía, mire que eso nos va a traer la desgracia. Y él: ‘que si acaso le falta algo’. Cuando la descubrí entonces la eché, y después le dije a Henry que nos separábamos. Yo le había perdido amor. Pero él me dijo que por nada se iba de su casa. Y mire como son las cosas: a Henry se le comenzó a paralizar medio cuerpo y la cabeza. ¡Claro!, si el trabajo lo hicieron fue con la parte de arriba, de la cabeza, de la tierra del cráneo.

Con estas revelaciones el panorama queda completo. Este protocolo narrativo tiene la estructura típica del triángulo brujesco: dos mujeres rivales en álgida competencia por el mismo objeto de deseo masculino, un hombre que al final queda neutralizado en sus devaneos erótico sexuales por la fuerza de la magia. Paralizado, como quedó Henry —o si se utiliza la monserga propia de la magia amorosa, “ligado” (cf. Girard, 1995; Uribe, 1999)—. Al ligar a su marido, mediante el recurso de la liberación, del exorcismo, de la sanación y del poder de la palabra bíblica, Alexis ha prevalecido sobre su rival. De contera, poco a poco su marido se une a ministerio de guerra que ella encabeza. Tan ligada está la suerte de Henry ahora a la de Alexis, que hace poco tiempo, después de tantos años de estar juntos y de criar cinco hijos, el hombre aceptó “obedecer al Señor” y casarse por la iglesia con su mujer.

Alexis es pues una verdadera “columna”. La columna de su hogar. Porque no sólo su marido ahora depende de ella; también Ismenia depende, como

siempre, de ella. En este sentido, estamos ante dos triángulos amorosos –ya no solamente uno–. Porque, ¿cómo habría de interpretarse, si no, la afirmación también repetida por Alexis de que Henry se enfermó, se “paralizó”, exactamente en el mismo momento en que Ismenia, la pequeña Virgen dotada de poderes de sanidad, fue finalmente doblegada por esos duendes o demonios que antes decían ser sus amiguitos para esconder su verdadero carácter satánico? Desde entonces la suerte de padre e hija está indisolublemente ligada –otra vez la dichosa “liga”–. Cada vez que Ismenia se agrava, Henry se agrava. Cada vez que Henry se alivia, Ismenia se alivia. En otras palabras, Ismenia y amante son rivales de Alexis, quien a través de su ministerio de guerra finalmente las doblegó. Ahora la familia marchará por la senda de su destino sagrado en las guerras divinas contra el Anticristo.

El triunfo de Alexis es, pues, la derrota de su hija Ismenia. Esta aseveración nos conduce al último registro narrativo, el cuarto. El destino de la pequeña Virgen quedó sellado desde el vientre de su madre. Porque es que hace algunos años, cuando Alexis gestaba en su cuerpo a esa pequeña bebida –que al nacer llamaron Ismenia–, ella era una activa participante en los cultos de los “gregorianos” de su localidad. Allí estaba Alexis, en primera fila, observando cómo el cuerpo de la médium era poseído por el espíritu del doctor José Gregorio Hernández, y entonces en medio de convulsiones la mujer comenzaba a hablar lenguas extrañas. Alexis quería volverse una sanadora. Quería tener poderes mágicos. Deseaba participar de la corte de José Gregorio, el santo. Un santo que no era santo, dice ella, porque la Biblia enseña que Satán siempre está presto a engañar a la gente. Y ella estaba engañada. Duró muchos años en el error, hasta que por fin encontró el evangelio en la Iglesia Cuadrangular. Claro que, a causa de su gusto por la brujería, dañó a la pequeña Ismenia desde que la estaba gestando: “La pasé por el fuego, como pasé por el fuego a las hijas mayores”, reconoce ahora Alexis, al tiempo que iniciaba otra de sus lecciones bíblicas –imprecisas, como es usual en ella–, esta vez tomada del libro del *Deuteronomio*. El fuego al que se refiere Alexis es el del mismo Demonio que se instaló desde entonces en el cuerpo de Ismenia, hasta que se cumpla todo el ministerio y Henry abrace, también, el evangelio. Porque lo de Ismenia es espiritual. Definitivamente.

Ahora sí entiendo –reflexiona Alexis– por qué el Señor quiso que yo diera esta entrevista. Para que los doctores, los psiquiatras, aprendan que también tienen que saber de la parte espiritual. Ellos no la saben. Afortunadamente, ahora también hay psiquiatras cristianos.

Esta cuarta narrativa de posesión demoníaca es, pues, una narrativa hecha carne. Es un discurso incorporado en la piel femenina de Alexis, al igual que en el cuerpo de niña-mujer Ismenia, la que tras su primera menarquía a los

catorce años de edad, vino a caer en una amenorrea constante. Y ahora es la perenne bebida de mamá. De una mamá sana, robusta, sin hambre, sin anorexia, militante, “guerrera”, que dicen.

Con esta narrativa corporal, soterrada y silenciada, con un conocimiento venenoso, como dice Veena Das (1997), y radicalmente femenino, finaliza la “novela familiar” de Alexis e Ismenia¹² (cf. Buitrago, 2006).

CODA

En su influyente libro sobre el sujeto y la subjetividad de la modernidad tardía en la era de la globalización, Anthony Giddens afirma que la reflexividad del sujeto se extiende hasta su cuerpo. Esto equivale a decir que hoy el cuerpo no es un mero objeto pasivo, sino que es parte de todo un sistema de acción controlado e impulsado por el propio sujeto. El cuerpo, en síntesis, se ha transformado en una de las principales preocupaciones de los hombres y las mujeres tardomodernas, y en una parte fundamental de sus estilos de vida (cf. Giddens, 1991: 70-102).

Para Giddens, la anorexia nervosa constituye un evento que pone en riguroso relieve cómo la atención reflexiva del sujeto se vuelca en un programa de regímenes corporales y de organización de la sensualidad en estos tiempos. Y es que, según él, la anorexia es una versión extrema de los regímenes de control del cuerpo –esos mismos regímenes que son hoy genéricos en la vida cotidiana y que en este caso afectan particularmente a las mujeres–. En sus palabras, “la anorexia puede entenderse como una patología del autocontrol reflexivo que opera sobre los ejes de la autoidentidad y la apariencia corporal, y en la que la pena juega un papel preponderante” (Giddens, 1991: 105). Más aún, la anorexia es una forma descarnada, por decirlo así, de protesta, caracterizada por un desarrollo sistemático y reflexivo del cuerpo y no por la reclusión o el retiro de la mujer –como era el caso de la *anorexia mirabilis* que afectaba a muchas mujeres piadosas de los siglos posteriores al siglo XVI europeo–.

Frente a estas reflexiones uno no puede menos que seguir pensando en Ismenia. En efecto, ¿tendrá que ver el caso de la pequeña con esa patología del autocontrol reflexivo? ¿Su problema es un problema en su autoidentidad, en una obsesión por su apariencia corporal? Las respuestas a estos interrogantes parecen ser negativas. Negación que no implica, desde luego, volver a caer en la respuesta naturalista que vincularía a los neurotransmisores de la peque-

12 La expresión “novela familiar” fue usada primero por Otto Rank y luego por Sigmund Freud para referirse a la narrativa de enfermedad que el paciente neurótico inventa para referirse a su propia familia, aun si tal relato modifica los vínculos genealógicos del paciente o la historia real de su familia, en particular de sus propios padres y de su relación con ellos (Freud, 1981; Roudinesco y Plon, 2003). En el presente texto, además de utilizar la expresión en el sentido anterior, se quiere también subrayar el carácter dramático que Alexis le imprime a sus narrativas.

ña Virgen como los únicos responsables del cuadro. Porque a pesar de que es mucho lo que no sabemos de este complejo fenómeno, todo indica al final del camino que aquí no estamos en una instancia más del sujeto tardomoderno reflexivo. Quizá entonces haya que entender a Ismenia como un peculiar caso de *anorexia mirabilis*. Si esto es así, Ismenia parece derrotar el saber psiquiátrico, entendido como “una mirada sobre la locura capaz de conceptualizar la noción de enfermedad mental en detrimento de toda idea de posesión de origen divino” (Roudinesco, 2000: 115-116).

Extraño giro el que tomó al final este caso de la pequeña Virgen. Una *anorexia mirabilis* en este trópico, fomentada, manipulada, aprovechada y dirigida por una bien alimentada madre, desesperada ella por cumplir su sino sacrificial y trágico en esta vida. Y por conservar a toda costa, “o como Dios manda”, según la expresión vernácula, la unidad indisoluble de la familia.

Extraño giro, sí. Y eso que no hemos aún empezado a cuestionar la validez cultural de este diagnóstico tipo DSM-IV. Porque es que de pronto hay que pensar la anorexia nervosa, y el resto de los trastornos de la conducta alimentaria, como algo perteneciente a la categoría de síndromes psiquiátricos culturales. Para luego ponerla, junto con la depresión, por ejemplo, en el Apéndice de los “Síndromes Psiquiátricos Culturales” del DSM-IV. Así, el trastorno recibiría su especificidad “étnica” y cultural, junto con otros males “étnicos”, que como el mal de ojo, el susto, el ataque de nervios, la bilis y la cólera, el *amok*, el *latah*, el *koro*, la sombra de los ancestros, etc., circulan por las precarias páginas que el DSM-IV le dedica a ese Apéndice. —

REFERENCIAS**American Psychiatric Association**

1987 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª edición revisada, Washington, D.C., American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edición, Washington, D.C., American Psychiatric Association.

Asociación Psiquiátrica de América Latina

2004 *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)*. México, D.F., Sección de Diagnóstico y Clasificación.

Beltrán, William

2004 "El evangelicalismo y el movimiento pentecostal en Colombia en el siglo xx", en Bidegain, Ana María (ed.), *Historia del cristianismo en Colombia. Corrientes y diversidad*, pp. 451-480, Bogotá, Taurus.

Berrios, Germán E.

1996 *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.

Buitrago, Carolina

2006 *El cuerpo como medio de expresión de lo silenciado. Los casos de anorexia bulimia: escuchando esas voces silenciadas a través de las narrativas de malestar*, tesis para optar al título de Magister en Antropología, Bogotá, Universidad de los Andes.

Das, Veena

1997 "The Act of Witnessing. Violence, Poisonous Knowledge, and Subjectivity", en Veena Das, Arthur Kleinman, Mamphela Ramphele y Pamela Reynolds. *Violence and Subjectivity*, pp. 205-225, Berkeley, University of California Press.

Freud, Sigmund

1981 "La novela familiar del neurótico", en Sigmund Freud, *Obras completas*, Vol. II, Madrid, Biblioteca Nueva.

Fuenzalida, Fernando

1995 *Tierra baldía. La crisis del consenso secular y el milenarismo en la sociedad moderna*, Lima, Australis, Casa Editorial, S.A.

Giddens, Anthony

1991 *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford, Stanford University.

Ospina, María Angélica

2004 "Apuntes para el estudio antropológico de la alabanza carismática católica", en *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, No. 11, Vol. 36, pp. 31-60.

Ospina, María Angélica y Fabián Sanabria

2004 "Nuevas espiritualidades y recomposición institucional en la Iglesia Católica: la era del laicado carismático", en Ana María Bidegain (ed.), *Historia del cristianismo en Colombia. Corrientes y diversidad*, pp. 481-509, Bogotá, Taurus.

Plant, Rebecca Jo

2005 "William Menninger and American Psychoanalysis, 1946-48", en *History of Psychiatry*, No. 16, Vol. 2, pp. 181-202.

Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg y Byron Good

2006 [1978] "Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropological and Cross-Cultural Research", en *Locus*, Vol. 4, No. 1, pp. 140-149.

Roudinesco, Elizabeth

2000 *¿Por qué el psicoanálisis?*, Buenos Aires, Paidós.

Roudinesco, Elizabeth y Michel Plon

2003 *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós.

■
Szasz, Thomas S.

1961 *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Londres, Secker & Warburg.

Shorter, Edward

1997 *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, Nueva York, John Wiley & Sons, Inc.

Uribe, Carlos Alberto

1999 "Narración, mito y enfermedad mental: hacia una psiquiatría cultural", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 28, No. 3, pp. 219-238.

Uribe, Carlos Alberto

2000 "La controversia por la cultura en el DSM-IV", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 29, No. 4, pp. 345-366.

SITIOS DE INTERNET

<http://www.answers.org/satan/brown.html>

<http://www.harvestwarriors.com/>

<http://www.pfo.org/curse-th.htm>

<http://www.geocities.com/paulblizard/brown.html>

http://www.terra.com.co/elecciones_2006/reportaje/22-02_2006/nota276358.html

(artículo de Cristina Vélez)