

**NARRACIÓN, MITO Y ENFERMEDAD MENTAL:
HACIA UNA PSIQUIATRÍA CULTURAL**
NARRATIVE, MITH AND MENTAL ILLNESS: TOWARDS A
CULTURAL PSYCHIATRY

*Carlos Alberto Uribe**

Este artículo estudia el papel de la narrativa en la enfermedad mental mediante el análisis de un caso clínico documentado en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios (Santa fe de Bogotá). En su reconstrucción se hace uso de la historia clínica oficial de una paciente, así como de los materia/es aportados por ella en un par de entrevistas etnográficas. El primer objetivo es el de analizar la trama de la narración que de su enfermedad ofreció esta paciente, en su intento por hacer inteligible sus dramas existencia/es y mentales. El segundo objetivo es el de ilustrar el divorcio entre el modelo del malestar y el modelo de la enfermedad, entre el discurso de la enferma y el discurso médico. Un tercer objetivo es discutir la forma cómo la medicina facultativa crea su objeto mediante una forma literaria y retórica precisa, y que hace parte de la redacción misma de una historia clínica hospitalaria.

Palabras clave: Antropología cultural. Psiquiatría.

This article studies the role of narrative in mental disorders, through the analys/s of a clinical case documented at the Mental Health Unit of the Hospital San Juan de Dios, in Bogotá (Colombia). Tocarryitout, thepatient's clinical history was used, as well as the data gathered in two ethnographic interviews with her. The purposes of the article are thus threefo/d: first, to analyze thepatient's narrativeplotin herown attempts to make sense ofher existential and mental dramae; second, to ¡llústrate the split between the model of iillness and model of disease, thatis, between both, patient'sand medical discourses; and final/y, to discuss the ways scientific medicine has to construct its objects, through precise literary and rhetorical paths, in the writing-up of a conventional hospital's clinical history.

Key words: Anthropology, cultural; Psychiatry; Patient Care Management.

En 1978 fue publicado en los *Anales de la Medicina Interna* el artículo "Culture, iillness and Care" ("La cultura, el malestar y el tratamiento"). Como autores aparecen Arthur Kleinman, León Eisenberg y Byron Good. En este ensayo formularon por primera vez la distinción, en la relación médico-paciente, entre el enfermo que expresa sus "malestares" o "aflicciones" (*iillness*) y el médico que

* Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia Profesor Titular de Antropología, Universidad de los Andes

Uribe C A

trata su "enfermedad" (*disease*). O lo que es igual, el facultativo reduce los problemas en la vida de su enfermo a instancias de una fisiología desorde-nada⁽¹⁾.

DE LA HISTORIA CLÍNICA A LA ETNOGRAFÍA CLÍNICA

Como resultado de sus preocupaciones y su entrenamiento antropológico, el médico psiquiatra Kleinman y sus asociados introducen la perspectiva del paciente en su encuentro curativo con el facultativo. Se trata, como lo ha afirmado otro antropólogo con formación médica, Michael Taussig, de involucrar en una práctica médica humanística el punto de vista del "nativo", en este caso el del paciente que, lleno de temores, incertidumbres, porqués, su vida en la balanza por el desorden de la enfermedad, acude al médico para brindarle su cuerpo maltrecho como un objeto de curación⁽²⁾. Por cuanto la enfermedad como la concibe el médico es diferente de la enfermedad como la entiende su paciente. Se reúnen en este encuentro dos modelos: el modelo biomédico de la enfermedad (*disease*) y el modelo del malestar (*illness*). En el primero, la enfermedad es conceptualizada como una lesión o una disfunción orgánica cuyos signos pueden ser medidos por el clínico gracias a un arsenal de pruebas y de exámenes de laboratorio, además que interpretados desde el paradigma de las ciencias naturales. En el segundo, lo relevante es lo que esa disfunción le representa a su víctima, el enfermo, y el sentido que éste le da para explicar su condición de sufriente.

Así planteados, ambos puntos de vista pueden ser antagónicos. Mientras que el enfermo siente una necesidad y una ansiedad por ubicar el sentido social y moral de la enfermedad, para el médico ese imperativo es irrelevante. Las

consecuencias de tal antagonismo pueden ser tan dramáticas que, como lo afirma Taussig, la situación clínica quede convertida en "una zona de combate donde se desarrollan disputas de poder y definiciones sobre la enfermedad y los grados de discapacidad"⁽²⁾. "Combate" que desde luego no es infrecuente en la psiquiatría clínica. Como que el "loco" puede resistirse a ser "enloquecido", esto es, "diagnosticado" por el psiquiatra y puede rechazar como nocivos los fármacos y las terapias que se le administran para curarlo. Combate que asimismo se expresa en un complejo conjunto de estrategias que los enfermos desarrollan para sobrevivir en el internamiento psiquiátrico y contrarrestar la palabra médica que los envuelve en su empeño por devolverlos a la "normalidad"⁽³⁾. Combate que, en fin, quieren evitar Kleinman y los suyos, dispuestos como están a oír la palabra de su enfermo.

En un libro posterior, Kleinman centró su atención en precisar esta diferencia entre la experiencia del paciente y la explicación facultativa⁽⁴⁾. Su premisa afirma que la tarea médica curativa fundamental consiste en la interpretación de las narrativas de enfermedad con las que el paciente expresa su situación. Tarea que es más importante, según él, que la reducción del enfermo a un caso clínico considerado como una instancia particular de una entidad nosológica dada. En cuanto a que el diagnóstico se transforma en últimas en un problema de interpretación de un relato, el relato que ofrece el enfermo de su condición, la polisemia en ese relato es crucial. El médico, por tanto, debe poseer al tiempo destrezas clínicas y habilidades que le permitan llegar a realizar una verdadera etnografía de su paciente, de su historia de vida, su círculo social inmediato y la forma en como su entorno cultural se incorpora en su propia visión y en la expresión idiosincrática de su dolor.

Etnografía que en este contexto significa aprehender, desde la palabra del paciente, su forma de vida, su visión del mundo, en suma, su propia cos-movisión. Todo con miras a identificar los múltiples sentidos que el sufriente adscribe a su enfermedad, en su incesante esfuerzo por "domesticarla" e incorporarla a su vida gracias a la elaboración de una especie de mito personal ⁽⁵⁾. Para parafrasear a Taus-sig, la tarea de la terapia se transforma en una arqueología de lo implícito con el fin de aclarar los procesos por los cuales las relaciones sociales están imbricadas en las enfermedades. En otras palabras, se trata de descubrir desde la visión del mundo que le presenta su enfermo esos estratos profundos, sociales, en los cuales se inserta toda su condición existencial.

En 1991, el mismo Kleinman desarrolló más su propuesta de una metodología etnográfica para la clínica médica. Ahora la pregunta es sobre cómo representar mejor, desde la etnografía, la experiencia que tiene el enfermo de su condición. El desafío es evitar representaciones que transformen una riquísima experiencia vital de un sujeto humano enfermo, en una caricatura de esa experiencia, de paso deshumanizando al sujeto como un mero objeto de conocimiento o de manipulación médica. Porque no es sólo desde la clínica que se puede incurrir en la cosificación del enfermo. También desde la antropología médica se puede caer en lo mismo, al interpretar el sufrimiento humano como un simple resultado de relaciones de producción opresivas, o de la mecánica simbolización de conflictos dinámicos en el interior del yo, o de una resistencia a la autoridad, etc.

La solución es el desarrollo de una etnografía de la experiencia del sufrimiento por la cual tanto terapeuta como etnógrafo puedan acercarse a la aflicción que conlleva la enfermedad. Se

trata de una apreciación existencial de la experiencia, una experiencia que puede ser, en términos teóricos, "pensada como el medio intersubjetivo de las transacciones sociales que se realizan en mundos morales locales" ⁽⁶⁾.

Orientación que llevará al etnógrafo o al médico a un análisis más válido de la experiencia tanto colectiva (local y social) como individual (pública e íntima), que lo que es posible desde las usuales categorías sociológicas (roles, estatus, clases) o desde la terminología psicológica (afecto, cognición, defensa, comportamiento). Con un par de ganancias adicionales. La primera es que terapeuta y enfermo, etnógrafo y sujeto, podrán reconocer su mutua y común condición humana por cuanto la experiencia es en últimas intersubjetiva. La segunda es que la representación de ese dominio experiencial común que crea el sufrimiento humano puede acercar a ambos al arte. Lo cual no es una sorpresa. La tragedia y la novela, por ejemplo, han demostrado ser mucho más aptas que la ciencia para dar cuenta de la condición y el dolor humanos ⁽⁷⁾. Jerome Bruner ha mostrado, en efecto, cómo el pensamiento narrativo busca ante todo la verosimilitud, en contraste con el pensamiento lógico-científico cuyo objetivo es la verdad y está constreñido por la verificabilidad ⁽⁸⁾.

TRAGEDIA, TRAMA Y NARRATIVAS DE ENFERMEDAD

Después de los trabajos de Kleinman, el problema de las narrativas de la experiencia de la enfermedad ha recibido considerable atención por parte de otros investigadores. Estos últimos han debido buscar sus fuentes de inspiración en materias como la fenomenología, la crítica literaria, la hermenéutica, el psicoanálisis, la semiótica, la teoría del drama, para mencionar algunas. Byron J. Good, por ejemplo,

Uribe C A

en su tarea de mostrar "cómo las experiencias de malestar-enfermedad se estructuran en términos culturales, y cómo éstas reflejan o dan forma a modos distintivos de experiencias vitales", ha explorado el terreno de las situaciones dramáticas que configuran estos relatos ⁽⁹⁾.

Y como ya sabemos desde *La poética* de Aristóteles, el objetivo central de la *mimesis* (o imitación) narrativa trágica es propiciar la catarsis del temor y la compasión que ella evoca dentro de la acción, puesto que sin acción no puede haber tragedia. Además, la fábula es, explica el clásico, el principio y como el alma de la tragedia. Su extensión se debe poder recordar fácilmente, de tal forma que "desarrollándose los acontecimientos en sucesión verosímil o necesaria se produce la transición desde el infortunio a la dicha o desde la dicha al infortunio" ⁽¹⁰⁾.

Por ello no es sorpresa que las formas de urdimiento de las tramas trágicas en las narrativas de enfermedad, esto es, las formas que ellas presentan en la estructuración de los hechos, sean limitadas en número. Algunas, desde luego, son más verosímiles en su imitación de la acción y de la vida. Después de todo, es una única condición humana la que emerge frente a la calamidad y el infortunio, más allá de las diferentes coloraciones y los filtros que proveen los diversos contextos culturales.

En las narrativas de dolor surgen ideas argumentales como que la enfermedad es causada por un evento traumático que dividió en dos la vida del sufriente. Un "antes" de salud y felicidad y un "después" donde se entronizó el dolor, el caos y la enfermedad, separados por ejemplo por la pérdida de un ser querido, por una ruptura amorosa particularmente dolorosa, por un episodio de violencia física, por una rivalidad que desembocó en una cons-

piración brujesca u otras situaciones graves susceptibles de crear un radical desorden en la vida que llevaba el sufriente.

Una segunda idea argumental tiene que ver con el desarrollo de que la enfermedad es causada por una sanción divina subsecuente a conductas transgresoras graves de las leyes sagradas o humanas o a una combinación de ambas. Ejemplos de estas conductas son en nuestro medio una agresión o un "irrespeto" a un familiar muy cercano, digamos los padres; el quebrantamiento de la prohibición del incesto; una vida de asesinatos y de violencia y, en general, aquellos actos que en la tradición judeocristiana se asimilan a la noción de pecado.

Una tercera trama dramática tiene que ver con el desarrollo del planteamiento de que la enfermedad es el producto de una situación acumulativa de infortunio, de mala suerte, de un destino personal e ineludible que paso a paso llevó al sufriente al dolor o a la enfermedad. La idea es que la enfermedad está establecida de antemano y que por ello es inalterable su irrupción en algún punto de la trayectoria vital del sujeto, así como que es inmodificable su curso desestructurante del cuerpo y de la vida. El énfasis en el concepto de destino, tan caro a la tragedia desde los griegos, implica en general aceptar la existencia de una fuerza que predetermina la enfermedad en la vida del sufriente.

Muy ligada a esta trama argumental encontramos, en cuarto lugar, la noción de que hay ciertos atributos o características en la personalidad o en el organismo del sujeto, validadas culturalmente, que hacen de él (ella) susceptible a contraer en algún punto la enfermedad. Algunos ejemplos de estos atributos son los de que la víctima tiene la "sangre gruesa", o de que siempre fue muy "melancólico", "fle-

mático", "retraído", "acomplejado", "débil de la cabeza".

Finalmente, una quinta forma de configurar el relato dramático postula que la enfermedad es la resultante de que el enfermo se ha convertido en una especie de "chivo expiatorio" o "víctima sacrificial" por los errores, males o perversidades de otras personas, generalmente de su círculo personal inmediato. Aquí se enuncian ideas tales como que el enfermo está "pagando" por lo que hicieron sus padres, sus hermanos u otros de sus allegados y, en ese sentido, su enfermedad no es en realidad su enfermedad puesto que era otro u otra quien debía padecerla. Por lo demás, no es inusual que se combinen dentro de una narración varios de estos arquetipos trágicos.

Un capítulo especial en esta teoría de la narratividad en la enfermedad es su carácter esencialmente temporal. En todas estas situaciones dramáticas el enfermo maneja una visión propia de su historia, de su temporalidad, de la percepción de su ciclo vital, personalización del tiempo que no corresponde por fuerza con una noción del tiempo irrepensible, irreversible, cronológico. Una noción, *tiempo*, que sabemos no es un dato mismo de la realidad, una cosa concreta a la espera de ser medida.

Los seres humanos creamos el tiempo al crear intervalos en la vida social. Hasta que tal creación no se realice no hay tiempo que pueda medirse, no hay un significado del tiempo que empiece a tener ese sentido ambiguo que siempre oscila entre la duración irreversible y la repetición cíclica ^{<11>}. Una ambigüedad que es el fundamento del tiempo mítico, en nuestro caso, del tiempo del mito con el cual el enfermo ordena toda su experiencia de vida, incluyendo su experiencia de enfermedad. Y si hay una ruptura que altera de manera radical la compren-

sión de la propia temporalidad, esa es la ruptura que en la vida del sufriente provoca la enfermedad mental.

Estamos pues enfrente de narrativas retrospectivas que distorsionan los eventos reales, la historia irrepensible, de la experiencia de enfermedad. Estas narrativas ocultan tanto como revelan de la vida del sufriente. Se trata de una presencia simultánea de lo arbitrario y de lo verdadero, en el fluir contingente de la experiencia de la vida. La razón de ser de estas narrativas de enfermedad no es la de ser fieles a las circunstancias históricas. Su razón de ser es su significatividad y su validez en la creación de una historia de vida.

¡Oh soledad, soledad! ¿Hasta cuándo serás mi compañera ?

En lo que sigue trataré un caso de narrativa de enfermedad mental documentado en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. En su reconstrucción se hace un uso extensivo de la historia clínica oficial de la paciente así como de los materiales aportados por ella en un par de entrevistas. Por ser el problema de la temporalidad esencial en la narratividad, la exposición tiene una ilación histórica. No puedo dar fe de que este relato es por entero fiel a todas las circunstancias y eventos que ha vivido la protagonista. De hecho, hay inconsistencias y aún contradicciones en lo que contó Soledad (nombre ficticio), que no he tratado de eliminar o corregir.

Mi interés es, en primer lugar, analizar la trama de la narración de Soledad, en su intento por hacer inteligible sus dramas existenciales y mentales. Por ello, la palabra de la enferma se contrastará con la palabra de los psiquiatras tratantes quienes, al operar desde el modelo biomédico de la enfermedad, necesitan ante todo de un diagnóstico. Asimismo, y en segundo lu-

Uribe C A

gar, busco ilustrar cómo se puede superar ese divorcio entre el modelo del malestar y el modelo de la enfermedad, entre el discurso de la enferma y el discurso de los médicos. Se trata de contribuir con una revaloración de un enfoque fenomenológico de la enfermedad mental, perspectiva presente ya en la psiquiatría de la primera mitad de este siglo —por ejemplo, en el trabajo de Karl Jaspers—.

Además, esta mirada no riñe con la conceptualización biológica de la enfermedad mental, ahora dominante, y desde la cual se ha hecho una de las más importantes contribuciones de este siglo a la cura de la "locura": los psicofármacos. Y es que las razones que llevaron a un grave desencuentro entre la perspectiva biológica y otras perspectivas, en particular la psicodinámica, desencuentros concretados en el DSM-III, quizá pronto puedan ser superados en aras de una mirada de la enfermedad mental más interdisciplinaria. Una mirada en la que, sin duda, algunas ciencias sociales como la antropología tienen aportes que hacer. Una tercera meta, en fin, es discutir la forma como la medicina facultativa "crea" su objeto mediante una forma literaria y retórica precisa, y que hace parte de la redacción misma de una historia clínica hospitalaria.

Febrero 3 de 1998:

Soledad, una mujer de 45 años de edad, se presenta sola y por sus propios medios al servicio de urgencias del Centro Hospitalario San Juan de Dios. Está enferma y requiere de atención médica inmediata. A propósito de los motivos de su consulta, el médico que la atiende anota en la historia clínica lo siguiente: "la paciente señala que además de varios dolores y mucha salivación amarga, siente «nervios», «pánico» y ganas de llorar. La paciente cree que la envenenaron a principios de 1996. Cree que lo hizo su compañero y que fue «embruja»".

En la historia clínica de urgencias el médico anexó una hoja tamaño carta, un manuscrito escrito por ella. Entre las anotaciones que hizo Soledad, se encuentran las siguientes:

(recto:)

Sintomatología: sequedad en la garganta. Mareos. Pérdida del sentido. Saco mocos de forma gelatinosa, cristalina, incolora, con burbujas abundantes. Siento como gripe todos los días. Boto gases explosivos y me parece (sic) como petardos explosivos.

Me siento asfixiada, como envenenada con hojas tóxico (sic). En las noches y en el día me cuesta perspirar. Temblores.

Dolores abdominales. Musculares muchas (sic). Cuando escupo, escupo como H₂O? Un vehículo parecido al H₂O. Gusto metálico y pegajoso en la boca.

En la nuca y en las orejas y a nivel de los maxilares siento un ruido como de arena metálica y se me mueven las vértebras dorsales y cervicales y chuzos eléctricos. Se siente el ruido.

Veó un halo negro alrededor de la «sustancia extraña de los ojos, en los oídos, nuca, dedos».

(verso:)

[Foreste lado, el manuscrito está lleno de teléfonos y direcciones, así como un plan de temas, en inglés, para la enseñanza de ese idioma. Al final de la página, la paciente prosiguió con sus síntomas]:

Asma, gases generalizados, ruidos, suenan las tripas.

Electricidad, resfriado.

Como luces rojas y plateadas en los ojos.

Desmayo.

Veó lucécitas en la pared de color negro plata.

Escupo babas abundantes con mucho agua y amarillo (sic).

Burbujas.

Después de atenderla, el médico de urgencias solicita que Soledad sea valorada por el servicio de psiquiatría. El psiquiatra que la atiende escribió en la historia clínica:

Motivo de consulta:

Paciente quien ingresa sola al hospital, con múltiples quejas y dice está Intoxicada.

Enfermedad actual:

Pac/ente quien refiere estar «embruja-da» y se siente «poseída» desde hace más o menos dos años [1996], refiere dolor abdominal, refiere alucinaciones visuales, auditivas, táctiles («siente un gas que la asfixia y le corre por todas partes del cuerpo»); refiere insomnio global. No es posible precisar tiempo de evolución del cuadro.

A continuación el psiquiatra consignó los datos pertinentes en torno a la historia personal y familiar de Soledad según un orden preestablecido: primero, el "motivo de la consulta"; segundo, la "enfermedad actual"; tercero, los "antecedentes de la enfermedad". Para escribir la historia se valió, además de su propio interrogatorio, del informe recibido de otra Institución de salud mental de la ciudad. En esa clínica Soledad recibió tratamiento psiquiátrico entre mediados de 1992 y comienzos de 1993, la primera vez, y a mediados de 1993, la segunda. Antes de junio de 1992, ya había estado hospitalizada en otra institución psiquiátrica local.

El cuadro que comienza a emerger muestra que Soledad tiene una larga trayectoria de enfermedad psiquiátrica. Como que la infortunada mujer, hoy de 45 años, ha padecido de trastornos mentales desde que tenía unos 24 años de edad. Desde entonces ha

sufrido de episodios recurrentes de tristeza y labilidad emocional, una complicada y antagónica dependencia materna y un pronunciado menoscabo en su vida escolar y laboral.

Por estos episodios, y tres intentos de suicidio, Soledad ha sido internada en instituciones psiquiátricas en varias ocasiones, tanto en Colombia como en otros países. Y es que Soledad, nacida en España, es producto de un matrimonio inestable, que se rompió cuando ella era una niña de dos años. Así quedó al cuidado de la abuela materna hasta que cumplió los cuatro. Después Soledad vivió de forma esporádica con la madre, que viajaba constantemente. Por ello su vida escolar en la Infancia y en la adolescencia transcurrió en varios países, a menudo lejos de su progenitora. Con todo, Soledad logró llegar hasta la universidad en Caracas, donde vivía su madre con su segundo esposo. Allí cursó hasta el tercer semestre de bacteriología. Debíó retirarse de la carrera por dificultades de tipo familiar, económico y académico, presumiblemente ligadas con las primeras manifestaciones críticas de su enfermedad mental. Además, en algún punto de su vida dejó la religión Católica y se convirtió al Budismo.

A los 30 años de edad, contrajo un matrimonio que ella describe como "sin amor". Se separa después de cuatro años y sin que hubiera hijos. Desde entonces no ha tenido una pareja estable, aunque en el presente vive con un compañero permanente llamado Edgardo, economista en una agencia del gobierno colombiano (nombre, profesión y ocupación ficticios).

Como es de rigor, el psiquiatra que hizo la valoración procedió a *realizar* los exámenes médicos pertinentes de su nueva paciente. De esta manera, realizó primero un examen físico, cu-

Uribe C A

Los resultados fueron satisfactorios y, segundo, un examen mental. Con respecto a los resultados de este último, el psiquiatra anotó:

Paciente adecuadamente vestida, alerta, orientada, euproséica, con afecto ansioso y depresivo, llanto fácil, alucinaciones auditivas, visuales, táctiles complejas, con ideación delirante persecutoria, extraña, mágica, con ideas de minusvalía, culpa, desesperanza, con ideas de muerte, suicidio poco estructurado, normocinético, normo-búlico, con Insomnio global, con aumento en la intensidad de la voz, logorrea, memoria conservada, Introspección y prospección delirante, juicio de realidad perdido.

En este punto de su valoración, el psiquiatra estaba a las puertas de realizar su diagnóstico, el paso final del examen clínico. Tenía listos todos los elementos del análisis del caso, ya traducido al lenguaje clínico observacional corriente de nuestra psiquiatría. Un lenguaje observacional que aparece como neutro, libre de presuposiciones y prejuicios, lenguaje que se refuerza con el empleo de términos con raíces griegas y latinas⁽¹²⁾.

Tanto el análisis como el diagnóstico que el psiquiatra consignó en la historia clínica son bien cautos y apuntan en la dirección de que es necesario realizar más pruebas y exámenes antes de una decisión definitiva. De esta manera, anota que se trata de una paciente que llegó al hospital con "ideación delirante persecutoria, mística, mágica, con manierismos y estereotipias". Lo anterior equivale a afirmar que tiene unas ideas raras, poco usuales y que están relacionadas con ciertas creencias sobre lo sagrado. Además, que su comportamiento es extraño en términos de sus gestos y posturas.

El análisis prosigue con la decisión de contactar al compañero de esta mujer

o, en su defecto, de comunicarse con la embajada de su país en Colombia. Asimismo, el psiquiatra consignó que se realizaron algunas pruebas de toxicología para descartar un posible envenenamiento, que fueron inducidas tanto por los informes que la paciente incluyó en su papel manuscrito como en la entrevista de urgencias. Por último, antes de darsu diagnóstico, anotó que Soledad logra tener un juicio crítico de su ideación delirante.

El primer diagnóstico por ejes de la enfermedad psiquiátrica de Soledad, según el sistema vigente del DSM-IV de la APA, es el siguiente:

Eje I: trastorno psicótico no especificado

Eje II: diferido

Eje III: sin diagnóstico

Eje IV: no se ha logrado establecer

Eje V: Índice GAF (Global Assessment of Function) mejor en el último año: 70/ 100: actual 50/100.

En términos simplificados, el diagnóstico afirma que Soledad tiene un problema psiquiátrico serio, una posible psicosis, que ha reducido su capacidad de funcionar en sociedad a la mitad. Si hay otros problemas psiquiátricos, orgánicos o en su vida personal, no se sabe todavía.

Febrero 8 de 1998:

Cinco días después de su llegada, fue hospitalizada en la Unidad de Salud Mental. En ese servicio se procedió a precisar el diagnóstico de su aflicción psiquiátrica, con el auxilio de los informes que aporta Edgardo, su compañero, quien fue finalmente contactado. Todo queda consignado en la historia clínica de entrada fechada este día:

Viene a urgencias a que le hagan unas pruebas de toxicología.

Enfermedad actual:

Desde hace aproximadamente cinco años, la paciente «tiene interés por temas de brujería y espíritus» y «escuchaba voces», según refería a su compañero. Hace dos años comenzó a presentar ideas delirantes persecutorias: «la estaban embrujando para que el demonio se metiera dentro de ella», y de influencia. Alucinaciones táctiles: «sentía fuego que la quemaba» y «sentía que la tocaban». Alucinaciones visuales simples: «una luz en el ojo». Alucinaciones auditivas simples: «un pito en la punta del mentón». Alucinaciones cinestésicas: «se le movían solas partes del cuerpo». La observaban «muy torpe», rompía «todas las cosas del apartamento». Tenía además insomnio global. La enviaron a España, donde estuvo en tratamiento psiquiátrico y a Venezuela. «Allí también recibió tratamiento». Desde septiembre de 1996 regresó a Colombia, con los síntomas y manierismos. «Escupe todo el tiempo», «cambia la voz y tuerce la cabeza». Ha sido llevada a exorcismos, lo cual sólo ha servido para aumentar sus delirios, pues dice que «fue envenenada y eso permitió que el demonio se metiera». Ha acudido a sacerdotes y hace aproximadamente 15 días fue a donde un psiquiatra que le pidió pruebas toxicológicas, pero ella no volvió. «Por el insomnio» ella se autorrecetó triflurperazina 5 mg. en la noche para dormir.

Estos informes que la enferma y su compañero realizaron a dos voces, son fundamentales. En primer lugar, el texto combina el lenguaje de la paciente, el punto del vista del "nativo", marcado con el recurso del entreco-millamiento, con el lenguaje médico, limpio de marca. Pero el texto es determinante en otro sentido. Como que en él se enfrenta la construcción de un caso clínico psiquiátrico, que empieza mediante una traducción de los sínto-

mas que brinda la enferma en unos términos lingüísticos aceptados por la cultura clínica. En esa práctica formativa es fundamental la redacción de la misma historia clínica. Ésta sigue un modelo de escritura canónico sancionado por la costumbre hospitalaria, que sigue el modelo de casos clínicos vigente en la medicina de los Estados Unidos. El resultado es que la realidad del malestar-enfermedad de Soledad es formulada y organizada de una manera distintiva. Soledad, la persona sufriente, es encuadrada como una paciente, un cuerpo-sitio de un trastorno psiquiátrico. Su problema existencial se convierte en un problema médico¹⁹⁾,

Con todo, estos datos revelan dos temas que cual ramas de una helicoidal se entrecruzan en apretada comunión. El primero es que Soledad es una firme creyente en temas de brujería. Más aún, que ella atribuye su condición psiquiátrica, su "locura", a una situación de embrujamiento que permitió que el Maligno se posesionara de su cuerpo. Todas las alucinaciones recuerdan, en el relato, la presencia incorporada en ella del demonio: son alucinaciones de fuego, de luces, de ruidos extraños e incómodos que la atacan mientras su cuerpo es físicamente tocado, vulnerado, torturado, violado.

Y uno no puede evitar en este punto evocar las expresiones de nuestra cultura con las que se representa el amor romántico, pasional, esa serie de ordalías en el camino del afecto amoroso que culmina con el don de la posesión del objeto amado. Enfrente esta situación, no sorprende que Soledad invoque la idea de ser exonerada del demonio de su cuerpo mediante un exorcismo. Si sale de su cuerpo el Maligno que la posee, que la ha penetrado, es el razonamiento, se elimina la "causa" de su mal y se acaba la "locura".

Uribe C A

El segundo tema se enlaza de elegante manera con el anterior. Para la mala fortuna de Soledad, el exorcismo no sólo no funcionó sino que agravó el problema. Como que durante los procedimientos, la desdichada mujer fue físicamente envenenada. Algo ingirió. Algo anómalo le fue suministrado que hizo estragos en su organismo. Algo envenenó su cuerpo, y para ella no había duda que era necesario determinar la índole del veneno que la intoxicó. Un análisis que se hace científicamente en un laboratorio clínico por una persona entrenada en ciencias biológicas, como sin duda Soledad bien sabía. No en vano había sido una estudiante de bacteriología. Ante la evidencia de extrañas manipulaciones "mágicas", los médicos facultativos no dudaron en autorizar que se hicieran los exámenes que Soledad quería.

En un registro paralelo, el psiquiatra busca entender los síntomas que Soledad y Edgardo construyen con el lenguaje de la cultura en los términos que le provee su lenguaje médico. Para lograrlo debió probar más. Considerar, por ejemplo, los antecedentes médicos y psiquiátricos de su paciente. Y en el seguimiento de esta tarea de traducción y formulación tuvo que descodificar esa extraña sintomatología transmitida en ese repertorio de expresiones, algunas muy poco conmensurables con su propia visión del mundo y su vocabulario científicos. De esta manera, el médico consignó en la historia clínica lo siguiente:

Antecedentes psiquiátricos:

Desde hace 30 años ha sido necesario el manejo en instituciones psiquiátricas, pero no están claros aún los motivos. La paciente dice que «para un descanso». Ha tenido tres intentos de suicidio, después de los cuales ha estado hospitalizada. (...)

Antecedentes familiares:

Hermano en tratamiento psiquiátrico; padre con enfermedad mental; abuelo se suicidó.

Historia personal:

Datos de embarazo, parto y desarrollo psicomotor desconocidos. Tuvo un buen rendimiento académico. Ha tenido un pobre contacto con el padre desde su infancia. Desde su niñez vivía en Venezuela. Trató de vivir con su padre en [una ciudad europea en donde ahora él reside], pero duró poco tiempo. Su vida ha transcurrido en vanos países del mundo (...). Se casó hace aproximadamente 15 años, vivió durante seis años con su marido «al que no quería». Se retiró de sus estudios de bacteriología en tercer año (no es claro el porqué). Según dice [Edgardo] «la familia no quiere saber de ella». Dura poco en los trabajos. Se había desempeñado últimamente como profesora de idiomas, pero hace dos años que no trabaja. Vive hace dos años con compañero, que cree en lo esotérico.

Personalidad previa:

El informante no la conoció sin síntomas, pero la describe como «cariñosa, hace manifestaciones y gestos cariñosos constantemente, aún con gente que no conoce; hace esfuerzos inmensos por no estar sola».

Los esfuerzos investigativos del facultativo han aclarado más la historia. Ante todo, que sus trastornos psiquiátricos se remetan en realidad a su adolescencia. Pero son sus búsquedas amorosas incesantes las que se mostraron de manera palmaria. Como que ella no pudo restablecer una relación filial con su progenitor. Como que en realidad su familia no la quiere. Como que busca con ansia el afecto y la comprensión. En una palabra, el amor. Además también aparece que su compañero está interesado en los temas de lo oculto y la ha aceptado a pesar de sus evidentes alteraciones mentales.

Es necesario avanzar ahora en el registro puramente clínico del caso. El

uso de la palabra se convirtió en una prerrogativa exclusiva del médico. Las voces de Soledad y de Edgardo fueron relegadas a un lugar secundario, del que sólo serán rescatadas para chequear la evolución de los síntomas. Estamos pues en el terreno de la objetividad de los exámenes médico y psiquiátrico. Con relación al último, el psiquiatra consigna:

Examen mental:

Descuido en la presentación personal, actitud familiar y teatral, alerta, orientada, euproséxica, circunstancial, tangencial, con asociaciones laxas, ideas delirantes persecutorias y de influencias, alucinaciones visuales simples, auditivas simples y táctiles pasivas, afecto inapropiado, hipobúlica, con manierismos, taquilálica, con aumento en la intensidad de la voz, hipermímica, memoria conservada, inteligencia impresionada como promedio, sin conciencia de enfermedad, prueba de realidad alterada.

Ya el médico tiene los elementos que necesita para brindar su propio análisis de la historia. Un análisis que por fuerza ha de desembocar en un diagnóstico lo más preciso posible para poder establecer el curso del tratamiento más apropiado:

Análisis:

Paciente con un cuadro de por lo menos dos años de evolución (...), de síntomas psicóticos, con alucinaciones, ideas delirantes persecutorias y de influencia, manierismos y afecto inapropiado. Lo cual hace pensar en una esquizofrenia indiferenciada.

Por sus antecedentes de inestabilidad laboral, sus frecuentes viajes, el sentimiento crónico de vacío, el cambio de religión, los esfuerzos por no estar sola, los intentos de suicidio, se considera que tiene un trastorno límite de personalidad.

Diagnóstico:

Eje I: Esquizofrenia indiferenciada

Eje II: Trastorno de personalidad límite (?)

Eje III: Enfermedad ácido-péptica(?)

Eje IV: Diferido

Eje V: GAF MU A: 40/100; actual: 35/100.

Como se puede apreciar, el diagnóstico ha variado. Aunque subsisten algunos signos de interrogación, en la historia clínica la mujer ya aparece diagnosticada como un caso de esquizofrenia. Y el vocabulario en el que la narración clínica se entrelaza es ya por entero un vocabulario médico. De esta manera, su aflicción ha quedado reducida a lo médico, a la patología psiquiátrica donde la universalidad biológica de la enfermedad impera por sobre toda particularidad cultural o idio-sincrática.

Febrero 23 de 1998:

Ese día aparece en la historia una entrada correspondiente a su evolución que dice:

Subjetivo:

(...) Han disminuido manifestaciones del «embrujo» que le hicieron.

El tratamiento está dando resultados. Soledad ya no está *tan* embrujada. Al darle de nuevo la "palabra entrecomillada" a la enferma, su propia expresión del sufrimiento no puede menos que recaer en su tópico recurrente que comunica lo nuclear que es la brujería en su condición. No obstante, esta proposición contiene otro ángulo. Para Soledad, el tratamiento psiquiátrico es parte de la restauración en su vida de un orden libre de la locura, esto es, del embrujamiento que la afecta.

Febrero 27 de 1998:

Hacia varios días que Soledad intentaba hablar con el antropólogo. Alguien

Uribe C A

le había dicho que allí había un "doctor antropólogo", esto es, un médico que a la vez era un antropólogo. A ella ese dato le interesó mucho. Es que pensaba que un facultativo que también fuese antropólogo era una persona que la podía ayudar para salir de su problema. Lo que sigue es un recuento de la entrevista que sostuvieron ese día el antropólogo y la enferma.

Soledad llegó a Colombia procedente de Venezuela en 1992. En ese país, su medio hermano de 32 años de edad le hacía la vida imposible. "Tenía celos de mí", fue su explicación, que recalca su omnipresente dilema amoroso. Después de algunos años en nuestro país, se enamoró de un colombiano, de Edgardo. Pero Edgardo, a quien ella dice que quiere mucho, resultó que estaba confabulado con una bruja, Morgana (nombre ficticio), quien es una vieja amiga de él. Tan cercana era la amistad entre Morgana y Edgardo que éste prácticamente no hacía nada sin consultarle antes a ella.

Soledad reconoce que sabía de esta amistad de su novio, pero añade que ignoraba las "artes" de las que ella se ocupaba. Esto para Soledad constituye un engaño de su enamorado, puesto que él ha debido explicarle la índole exacta de su relación. Según Soledad, su novio tiene relaciones con otras mujeres al tiempo que está con ella. Pero eso, dice, no le importa, no le preocupa que se acueste con otras, con tal de que sea siempre muy claro con ella y no la engañe. Está pues dispuesta a pagar un precio muy alto para conservar su amor.

El hecho es que Soledad piensa que otra mujer que vive en el edificio de Edgardo y con quien éste tiene relaciones, Lucrecia (nombre ficticio), participa también en la confabulación contra ella. Se trata en este caso de una doble situación de triángulo amoroso, puesto que ella debe encarar de manera

simultánea a dos mujeres rivales en el amor. Una situación que en nuestro medio suele expresarse con los tropos familiares de la brujería. Sólo que esta instancia es un poco más complicada porque el deseo de Soledad por Edgardo está mediado, a la vez, por el deseo que Morgana tiene del mismo hombre y por el deseo que la vecina también siente por él. O lo que es análogo, el deseo de Soledad por Edgardo pasa doblemente por el deseo que expresan por él sus rivales. Su amora no es *suamor*. Es el delirio del deseo expresado en los celos que siente por sus rivales, sus propios dobles monstruosos, tan monstruosas que las rivales son "brujas".

Se trata entonces de una doble mediación en el amor-dolor romántico. Forma del "amor" que parece ser idealizada en nuestra cultura como la máxima expresión de este sentimiento que vincula afectivamente a las personas. Expresión del amor que al final resulta hartamente patológica para sus protagonistas.

Tal es el desgarramiento y el odio que crea en la vida de estas mujeres la identificación mutua que produce en ellas el desear el mismo objeto amoroso. Identificación seguida del antagonismo y la rivalidad, por cuanto cada una de ellas desea al final la posesión absoluta y exclusiva del elusivo amado. El amado, a su turno, siente el innegable poder que le confiere el ser un doble (o triple) objeto del deseo femenino, ese poder narcisista del Don Juan que en últimas sólo le deja la tremenda frustración de no poseer a ninguna, de no poder amar realmente a ninguna.

O aún peor, que lo deja en una indefensión impotente que no puede menos que caracterizarse como una "liga", como dice la expresión, a una mujer que él en verdad no ama. "El verdadero Don Juan no es autónomo; es inca-

paz, por el contrario, de prescindir de los Otros" <¹³.

Para entender mejor la encrucijada amorosa de Soledad, avancemos en la consideración del "triángulo del deseo" que enfrenta la mujer. Hemos visto como el deseo triangular es esencialmente deseo mimético: se forma "a partir de un deseo modelo; elige el mismo objeto que este modelo". O lo que es lo mismo, "el sujeto desea el objeto porque el propio rival lo desea"

(14)

La principal consecuencia de esta mimesis del deseo es una aparente eliminación de la diferencia entre el sujeto y su modelo, entre el sujeto y su rival en el deseo por el cual el primero desea el objeto que el segundo desea. Esta eliminación aparente hace que uno y otro, indefectiblemente se refundan, sean como uno mismo. Sean como dobles de sí mismos. Ambos, sujeto y rival, son intercambiables: Morgana (Lucrecia) es como un doble de Soledad; Soledad es como un doble de Morgana (Lucrecia).

Esta relación entre el Yo y su Otro es pues de una reciprocidad inescapable, de un "toma y dame" agonístico, alternante, que necesariamente implica la violencia. Cuando no recurre a la violencia física, adopta una forma de violencia que puede ser más aterradora: la violencia de lo sagrado, la violencia de la brujería.

Esta reciprocidad violenta desemboca, por fin, en el "doble monstruoso". Es el paroxismo de la crisis. Como el sujeto no puede escapar de la diferencia oscilante que implica que ella es un Yo separado de su Otro, queda atrapado en el delirio, la alucinación. Hasta el punto de ser incapaz de percibir un "afuera" de sí mismo y un "dentro" de sí mismo. Los límites de la subjetividad tienden a borrarse, solamente para reaparecer luego en un vértigo absorbente que nubla toda noción de reali-

dad. El sujeto ha llegado a los terrenos de la "monstruosidad". Ella es un monstruo. Su rival, su modelo, es tan monstruosa como ella.

Sin duda, un estado en el que toda reciprocidad es ignorada por la exacerbación de la crisis. Y con esta exacerbación llega la "posesión" del sujeto. "El sujeto se siente penetrado e invadido, en lo más íntimo de su ser, por una criatura sobrenatural que le asedia igualmente desde afuera" ⁴¹. La poseída termina entonces, como Soledad, siendo como la criatura maléfica que ha saltado la barrera de su subjetividad y de su corporeidad, que está *en* ella y la asedia desde *afuera* de ella. Actúa como ella. Gesticula como ella. Soledad es, en la *performance* de su posesión demoníaca, como si fuera el mismo Maligno. Y la representación es tan convincente que termina por aterrar y hasta convencer a quien la observa. Soledad parece estar poseída por el demonio.

El escenario está "claro" para Soledad: ella no está loca. Por el maleficio que le aplicó Morgana, ella está ahora poseída por el demonio. Para Soledad, su rival Morgana la desplazó de su justo lugar frente al amado. Para alejarla recurrió, con sus "malas artes", a que el Maligno, su aliado, fuese ahora el amante de Soledad, en una posesión amorosa de signo negativo que en vez de la dicha produce el infortunio de la locura. Tan sólo un buen exorcismo, administrado por alguien *capaz* de "sacarle este demonio" que se ha apropiado de su ser, le podrá curar esto que los doctores llaman, de forma incorrecta según ella, esquizofrenia.

Y es que este demonio que Soledad tiene en su cuerpo, ese que se apodera de ella, habla por su boca de forma extraña y hace gestos raros usando su cuerpo, ha resultado bien difícil de derrotar. Narra entonces parte de lo que

Uribe C A

ella ha hecho para librarse de este demonio. Por ejemplo, ella fue a donde un sanador de La Ilusión, un pueblo al occidente de Cundinamarca, Elíseo, quien le dio atomaryajé, el "bejuco del alma" de los chamanes amazónicos

(15)

Ese mismo bejuco del alma que en el año de 1951 fue el objeto de los desvelos de uno de los profetas de la psico-delia norteamericana, el poeta William Borroughs, quien anduvo por el Putu-mayo en busca de la iluminación exis-tencial que producen los estados alterados de conciencia inducidos cuando se ingiere en forma de amarga bebida (16). Ese bejuco del alma que para muchos, amerindios y "civilizados", es la fuente del saber americano, como lo es para el periodista norteamericano afincado en Colombia Jimmy Weisko-pf y para los antropólogos colombianos Blanca de Corredor y William Torres (17. ia>_

Empero, las consecuencias del yajé en Soledad fueron desastrosas. Para ella no hubo mucha iluminación. Se puso mucho peor. El sanador, antes que transliterar el relato de su paciente para producir una reinterpretación de su narrativa y su condición de malestar mediante la producción de una "disonancia cognoscitiva", según los procedimientos chamanísticos usuales, sólo logró aumentar su delirio (5).

De contera, y para reforzar el dramatismo de su caso, Soledad explicó cómo ella ha recurrido a sacerdotes católicos con el fin de que la exorcicen según el ritual romano. Ella, subrayó, que ya no es católica desde 1987. Según ella, su variedad de budismo no es la más representativa puesto que se trata de un culto japonés de esa religión.

La explicación es simple: "quería conseguir paz" y pensaba que el budismo era el mejor camino. No obstante su regreso parcial al Catolicismo en bus-

ca de un ritual de curación, los sacerdotes que ha consultado tampoco han podido sacar de su cuerpo ese demonio que la atormenta. Se declara así sorprendida por la fortaleza de este diablo que se la ha apropiado, así como del fracaso de quienes han tratado de curarla.

La sorpresa de Soledad va más allá. Es que no se explica cómo a ella que no cree en Dios, que ni siquiera es cristiana, que es budista, se le haya metido este demonio tan judeocristiano. Más aún, y en esto hizo hincapié, que únicamente en Colombia haya ella tenido que enfrentar esto de la brujería. Persecución brujesca que dividió en dos nítidos capítulos la historia de su vida.

Porque es que sólo fue cuando ella llegó a este país que esto le ocurrió. Un país entrecruzado por una red de "poder mágico" que conforma un circuito de brujería, cuyos brazos se extienden allende las fronteras andinas y las selvas y los llanos que circundan sus abigarradas montañas (19 20).

Ahora quería ayuda del antropólogo. "¿No son los antropólogos quienes saben de curanderos, de rituales, de esas cosas misteriosas?", se preguntó. Resulta que ha oído de un curandero que vive en el barrio La Castellana de Bogotá, que es muy bueno, el mejor, en esto de sacar maleficios. Pero no tiene dinero para pagarle. Es que estaba pendiente de posesionarse como profesora de inglés antes de que la trajeran para la Unidad de Salud Mental (USM). Tampoco lo conoce personalmente. ¿No pudiera el antropólogo contactarle. No sería que de pronto el antropólogo le conociese? Es que, opinó, definitivamente su curación va más allá de esas horribles pastillas que aquí le hacen tomar.

El antropólogo respondió que en realidad él no conoce al curandero de La Castellana. Pero que con mucho gusto

estaba dispuesto a seguir hablando con ella de posesiones demoníacas y de chamanes. Soledad salió abruptamente del recinto. Fin de la entrevista.

Marzo 3 de 1998:

Ese día en la historia clínica de Soledad aparecen consignados los datos que los médicos tratantes consideran pertinentes sobre la evolución de su enfermedad.

Según la usanza clínica, "evolucionar" significa necesariamente evocar toda la trayectoria del caso en cuestión. Desde sus mismos comienzos. Esto implica introducir redundancias en el sistema de comunicación que es toda historia clínica. Es como si cada médico que interviene en el tratamiento, y por ello deja consignadas en la historia clínica sus observaciones y procedimientos, necesitara repetir el mismo mensaje que recibió, para que a su turno el siguiente médico, o cualquier otro profesional de la salud, lo transmita a un tercero con las modificaciones grandes o pequeñas que surjan en el Ínterin. Y así hasta el final del caso. Se trata de un sistema de comunicación que acepta y fomenta la redundancia, con el fin de asegurar que cada mensaje que circula por la red supere el "ruido" que pueda existir entre quien lo emite y quien lo recibe: "la redundancia aumenta la información —esto es la incertidumbre de las formas posibles de descodificar el mensaje"—^{<21>}.

Oigamos pues de nuevo la voz clínica sobre la condición de Soledad, una voz que se apuntala en la propia voz de la enferma:

Paciente con cuadro de seis años de evolución, según ella misma de interés en temas esotéricos. Desde hace dos años tiene ideas delirantes de influencia, «está poseída por el demonio que hace que tenga conductas raras», y persecutorias; alucinaciones anestésicas y alucinaciones visuales y auditi-

vas simples, insomnio global y manerismos (torcía el cuello, hacia voz ronca, escupía permanentemente). Ella misma vino a consultar porque «pensaba que estaba siendo intoxicada». Se hizo diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada y se inició tratamiento con haloperidol 10 mg./día. La paciente ha estado mejorando.

Marzo 8 de 1998:

Ese día Edgardo visitó de nuevo en la USM a su novia Soledad. La médica tratante aprovechó para realizarle un nuevo interrogatorio sobre la historia de la enfermedad actual de su paciente. La cronología de las periódicas crisis psiquiátricas que ha sufrido esta mujer no era clara, a estas alturas de su internamiento psiquiátrico. Su pasado, su historia de vida, estaba todavía muy envuelta en las brumas de su desmemoria, y hay pocos que la conozcan para preguntar estos detalles sobre el tiempo vivido, ocultado y sólo parcialmente revelado, por la enferma. En consecuencia, no quedó más remedio que apelar a la voz de Edgardo, intercalada por las intervenciones de la propia Soledad:

[Edgardo] la conoce desde hace más o menos dos años y desde ese momento le nota conductas desorganizadas: «escupe en la alfombra por toda la casa, bota las colillas en todas partes»; refería alucinaciones táctiles, «por la noche le jalaban los brazos y las piernas». La envió a España en donde vivió tres meses en un hogar de paso y no quiso ver a su padre en (...) por temor al rechazo.

Desde dos meses antes de la consulta la paciente presentaba ideas delirantes de tipo persecutorio por lo cual acudió a donde una «bruja» quien le dio tratamiento para el maleficio, pero no funcionó porque ella «estaba enamorada de su compañero y por eso la había envenenado». Entonces presentó ideas delirantes extrañas, «tenía gas

Uribe C A

en todo el cuerpo y la boca le sabía a metal» y por eso se sentía muy «nerviosa» por lo cual acudió a médico psiquiatra quien ordenó toma de muestras para metales pesados que llevó a Hospital de (...), de donde la remitieron.

Un poco más adelante, la médica tratante volvió a consignar los antecedentes psiquiátricos de Soledad. La información aunque similar en muchos aspectos, tiene algunos matices interesantes:

Desde los 16 años múltiples hospitalizaciones en clínicas psiquiátricas de Venezuela para descansar. El compañero refiere que por celos de Soledad con el esposo [de la madre], a los 20 años intento de suicidio, por lo cual la madre la envía a Colombia a la Clínica (...) donde permaneció varios meses hospitalizada.

Posteriormente regresa a Venezuela donde presenta celos con el hermano y dos nuevos intentos de suicidio por lo cual es enviada a la Clínica (...) en 1992 donde permaneció tres meses y por motivos económicos fue trasladada a la Clínica (...). De ahí los familiares la enviaron a [Europa], pero la paciente regresó porque no pudo ver a su padre y fue hospitalizada en esa institución nuevamente.

(...) El compañero refiere que la paciente ha sido violada en tres oportunidades, la última hace más o menos dos años. Conducta heterosexual.

Con estos reportes, todo el drama de la enfermedad mental crónica acaba por desplegarse. Como que desde los 16 años de edad es una enferma psiquiátrica. No obstante, sus numerosos internamientos hospitalarios son representados por la paciente como "períodos de descanso". Esto sugiere que su propia visión de enfermedad se resiste a aceptar en su verdadera dimensión su condición esquizofrénica.

En cambio da a entender que su organismo, especialmente su sistema nervioso, es muy sensible al estrés, y que una sobrecarga en los estímulos exteriores hace que el nivel de energía en circulación que puede tolerar tenga unos límites. Alcanzados esos límites, hay que descansar. Se trata de un noción de malestar que acerca a Soledad al viejo concepto de "neurastenia", eliminado de la nosología oficial psiquiátrica de la APA desde 1980 con el DSM-III¹²². Como una alternativa cercana, esta necesidad de descanso puede ser conceptualizada como que ella sufre de "cansancio" mental, quizá cercano al concepto francés de *sur-menage*, o "agotamiento".

En todo caso, sea neurastenia, *surmenage*, o cansancio mental, la noción subyacente es que para la paciente hay una oferta de energía psíquica limitada, que su sistema puede procesar so pena de perder una especie de equilibrio homeostático. Sea de ello lo que fuere, esto es lo más cerca que Soledad llega en el reconocimiento de que su psiquismo está afectado por una patología.

Es incuestionable que el tropo preferido por ella para referirse a su experiencia de consciencia de disfuncionalidad en su comportamiento es el de la agresión brujesca. Nunca antes había sido embrujada, aunque desde mucho antes había tenido serios asaltos de enfermedad mental que se empeñaba en soslayar o en negar.

Por otro lado, la relación de Soledad y su madre es ya clara. Esta última rechaza la enfermedad de su hija, quiere evitarla por razones que tienen que ver con su nueva familia. Por ello es que la madre "exporta" siempre a la hija a Colombia cuando viene la crisis. En contraste, la relación con su padre nunca aparece nítida. Tal ambigüedad se puede expresar con la pregunta de si la mujer quiere en verdad el reen-

cuentro con su figura paterna, o si por el contrario la evita.

Para rematar, el cuadro de desventura y de dolor se completa con la agresión sexual. Su incesante e inflexible búsqueda del amor ha debido enfrentar en vanas ocasiones la afrenta.

Marzo 14 de 1998:

Soledad, paciente que fue de la Unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios, es dada de alta.

Marzo 17 de 1998:

Soledad se presentó en este día a su primera cita de control por consulta externa. El psiquiatra que la atendió consignó en su historia que la paciente presentaba síntomas psicóticos. Además, que estaba muy ansiosa por su posible separación de Edgardo. Tampoco tenía mucha conciencia de enfermedad, aunque se mostraba dispuesta a aceptar el tratamiento. Desde ese día no volvió a la Unidad.

ENTRE LA NARRACIÓN Y EL MITO

Uno de los aspectos del mito que siempre ha complicado la vida de aquellos que lo estudian es el de sus inconsistencias. Tan inconsistentes pueden ser los mitos que en general conviven en ellos enunciados contradictorios de la forma "*p* y $\sim p$ ", enunciados que no parecen producir ningún dilema conceptual entre quienes son depositarios de estas narraciones.

Enfrente este problema, algunos estudiosos deciden eliminar todas aquellas contradicciones, en una apuesta a favor de una coherencia interna más profunda en el sistema mítico. Otros se rinden ante ellas, para proclamar que el pensamiento mítico es "prelógico", y que en él cualquier cosa es posible puesto que la expresividad emocional es su más alto valor. Para otros, finalmente, preservar las paradojas y las

inconsistencias míticas es lo fundamental: en ellas encontramos la clave para entender la sacralidad, la sobre-naturalidad de lo mito-lógico, una especie de pseudo-lógica.

No obstante sus diferencias, estas tres posiciones ante el mito tienen una base en común. Todas ellas lo quieren entender con los cánones de la lógica clásica. En ese terreno, a las mitologías no les va muy bien. "Mito y lógica —escribe Guillermo Páramo— siguen apareciendo como antónimos". Mientras un discurso, cualquier discurso, sea "lógico", está bien, hay que ponerle atención. De él puede manar una fuente de conocimientos sobre el mundo y los seres humanos. Si es "ilógico", el asunto es a otro precio.

Enseguida nos ponemos en guardia porque el término es de alguna forma peyorativo. Este otro discurso puede ser ficción, puede ser mítico, y por tanto debemos estar preparados para enfrentar en él lo inesperado, el absurdo y lo irracional. Como concluye Páramo, este es "el resultado de una larga historia que transformó el contenido original de lo que los griegos significaban con *logos* y con *muthos*, y que ha producido desde ese lejano pasado efectos notorios en las actitudes intelectuales de los más competentes especialistas".

Mientrasque lo familiar, lo propio, siempre ha tendido a ser pensado desde el *logos*, aquello que nos resulta extraño, exótico, irracional, lo asimilamos al mito⁽²³⁾. Como nos pasa cuando oímos ciertas narrativas de enfermedad mental, como ésta de Soledad. Por algo será, pensamos, que la "locura" es lo más opuesto a la razón.

Pero volvamos al estudio del mito. Aunado al problema de su carácter lógico, mucho se debate si podemos confiar en lo que el mito nos dice acerca de la realidad y el accionar humano. De esta forma, preclaros antropólogos del

presente siglo han examinado si existe o no una relación directa entre el mito y la práctica. Por ejemplo, Malinowski acuñó la famosa consigna que afirma que los mitos proveen a los seres humanos con un "título" o "contrato" (*char-ter*, en inglés), para desenvolver las instituciones sociales. En ese sentido, una interpretación del mito nos daría las claves para entender porqué viven los seres humanos como viven. Más importante, porqué hacen lo que hacen. El mito es pues una "guía de la conducta humana y un justificador de la costumbre"⁽²³⁾.

Por su parte, Lévi-Strauss mantiene que ese es un enfoque errado. Para este autor, el mito, antes que ser un programa para la acción constituye una especulación sobre la práctica, y funciona de manera análoga a como opera el pensamiento positivo. "Tal vez un día descubramos —argumenta Lévi-Strauss— que en el pensamiento mítico y en el pensamiento científico opera la misma lógica, y que el hombre ha pensado siempre igualmente bien". Para él, la diferencia entre mito y ciencia, "no consiste tanto en la cualidad de las operaciones intelectuales, cuanto en la naturaleza de las cosas sobre las que dichas operaciones recaen"⁽²⁴⁾.

Su posición es intrigante. ¿Mito y logos no están tan separados, después de todo? En qué sentido podemos anunciar tan provocador reencuentro. Un seguidor de Lévi-Strauss, Roland Barthes nos ayuda en esta empresa. El mito es un habla, es un sistema de comunicación, un mensaje y por lo tanto, un modo de significación, una forma. Aunque todo objeto puede ser materia del mito, no todo objeto termina siendo un mito: "la palabra mítica está constituida por una materia ya trabajada pensando en una comunicación apropiada". Por ello, el mito es un metalenguaje que se vale de la lengua, de un sistema lingüístico pre-

vio, para construir su propio sistema.

Esto es, "es una segunda lengua en la cual se habla de la primera"; su función es la de deformarla antes que la de ocultarla. De esta manera, "el mito es un *valor*, su sanción no consiste en ser verdadero: nada le impide ser una coartada perpetua; le basta que su significado tenga dos caras para disponer siempre de un más allá: el sentido siempre se encuentra en su lugar para *presentaré* forma; la forma está siempre allí para *dístandar* el sentido. Y jamás existe contradicción, conflicto, estallido entre el sentido y la forma: jamás se encuentran en un mismo punto"⁽²⁵⁾, (cursiva en el original). El habla mítica siempre es ambigua, aunque no por ello deje de interpelar.

Pero hay una característica crucial del habla mítica. Es la de negar la historia. Anular el tiempo cronológico, irrepetible. O por lo menos soslayarlo, para hacer aparecer como eternidad lo que es contingencia. Con esto el mito logra fundamentar como naturaleza lo que es historia, una verdadera prestidigitación, como la denomina Barthes, que confiere a las cosas "una claridad que no es la de la explicación, sino de la comprobación".

Y es precisamente una prestidigitación con el tiempo, con su propia temporalidad, el fundamento de la historia del malestar-enfermedad de Soledad. Porque pareciera que en sus cerca de treinta años de grave enfermedad mental, el tema que aparece más relevante es el "embruajamiento" de que fue víctima en los últimos dos o tres años de su vida. Toda la vida anterior se minimiza, se niega, se vela. Ella no estaba enferma. Tenía cansancio mental. Debilidad. Neurastenia. Por este velamiento de su historia, la historia de su vida y de su enfermedad, resultó tan complicado para los facultativos llegar a los detalles, a las peculiaridades del caso que tenían enfrente.

En la parla de la clínica, esta distorsión del tiempo de su vida hizo que los antecedentes de la enfermedad actual fueran objeto de pesquisa médica hasta el fin del internamiento psiquiátrico.

El aserto anterior contiene una dificultad. ¿Acaso todos los seres humanos no distorsionamos de múltiples maneras la historia de nuestras vidas? ¿No es por ventura más característico de la memoria humana desfigurar el pasado que ser fiel a la "verdad histórica" del mismo? La respuesta a estos interrogantes es afirmativa. Al enfrentar nuestra experiencia vital todos, pacientes y no pacientes, apelamos a la construcción de una habla mítica personal. En ese sentido, todos somos prestidigitadores con nuestra temporalidad, con nuestra experiencia personal del tiempo, de nuestra historia. Porque es que en cada trecho de nuestras vidas cada uno de nosotros nos acercamos a lo antes vivido para reformularlo, reconstruirlo, mediante una peculiar "lectura interesada" siempre realizada desde las necesidades y circunstancias que creemos informan nuestro presente. En otras palabras, los seres humanos podemos recurrir al mito, a un cierto mito personal para velarnos-tra propia historia de vida. Y en ese discurso mítico hacemos confluír los materiales previos que nos aporta nuestra cultura, con las explicaciones que damos sobre nuestra experiencia vital.

Soledad, por supuesto, no es en este particular una excepción. La diferencia que la marca es que ella ha apelado para hablarnos de su condición psiquiátrica al mito previo de la posesión demoníaca por medio de las artes brujescas de una mujer rival en el afecto amoroso. Huelga añadir que esta habla mítica tiene una venerable tradición en nuestra cultura híbrida.

Como lo expuso Barthes, se trata de una palabra mítica constituida por una materia ya trabajada pensando en una comunicación apropiada: la comunicación de su sufrimiento. Que esta comunicación nos deje a todos sus oyentes satisfechos intelectualmente, es materia de otra discusión distinta.

Desde el punto de vista de Soledad, su objetivo en últimas no es otro que "domesticar" conceptualmente su esquizofrenia para hacerla parecer como un fenómeno "natural". Al fin de cuentas, solitaria como es su vida, ella es la que tiene que convivir con su enfermedad. No importa, si se quiere, que se trate en su caso de una naturaleza de un orden distinto a la naturaleza en la que la psiquiatría ha domesticado la esquizofrenia de Soledad.

No sobra añadir que esta última domesticación es el objetivo fundamental de la construcción de la historia clínica de Soledad como una paciente psiquiátrica. Domesticación psiquiátrica, en fin, en la que no caben cuentos de brujerías y maleficios "supersticiosos".

Referencias

Hahn R, Kleinman A, "Biomedical Practice and Anthropological Theory Frameworks and Directions". *Annual Review of Anthropology* 1983; 12:305-333.

Taussig M. *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nen/ioso en emergencia permanente*, Barcelona: Gedisa, 1995.

Goffman E. *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Nueva York: Anchor Books, 1961.

Kleinman A. *The Illness Narratives. Suffernng & the Human Condition*. Basic Books, 1988.

Uribe CA

5. Cabrera F. "Salud, enfermedad y narrativas de curación". Boletín de la Asociación de Exalumnos de la Facultad de Medicina de la U. N. de Colombia 1998; 8(2):1-7.
6. Kleinman A, Kleinman J. "Suffering and its Professional Transformation Toward an Ethnography of Interpersonal Experience". Culture, Medicine and Psychiatry 1991; 15:275-301.
7. Kleinman A. Writing at the Margins. Discourse between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California press, 1995.
8. Bruner J. Actual Minds, Possible Worlds. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1986
9. Good BJ. Medicine, Rationality, and Experience An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
10. Aristóteles. Poética. Edición trilingüe por Valentín García Yebra para la Biblioteca Románica Hispánica. Madrid: Gredos, 1974.
11. Leach E, Rethinking Anthropology. Londres: The Athlone Press. 1961.
12. Rodríguez Gama A. El idioma médico. Bogotá: Castillo Editorial Ltda, 1997.
13. Girard R. Mentira romántica y verdad novelesca. Barcelona: Editorial Anagrama, 1985. 14.
- Girard R. La violencia y lo sagrado. Barcelona: Editorial Anagrama, 1995
15. Shultes RE, Raffauf, R. El bejuco del alma. Los médicos tradicionales de la Amazonia colombiana, sus plantas y sus rituales. Bogotá: Banco de la República, Ediciones Uniandes y Editorial de la Universidad de Antioquia, 1994.
16. Burroughs W, Ginsberg A. The Yage Letters, San Francisco: City Lights Books, 1975. 17.
- Weiskopf J. "Yagé. El poder que viene de la selva". Número 1995; 6:20-28,
18. Corredor B, Torres W. Chamanismo: un arte de saber. Bogotá: Ananconda Editores, 1989.
19. Langdon EJ. "El papel de la narrativa en el sistema chamánico siona". En: Pinzón, CE, Suárez, R, Garay G, (eds.). Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología y Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli, 1993.
20. Chaumeil JP. "Del proyectil al virus. El complejo de dardos mágicos en el chamanismo del oeste amazónico. En: Pinzón, CE., Suárez,R., Garay, G, (eds.). Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología y Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli, 1993
21. Leach E. "Génesis as Myth". En: Middleton, J. (ed.). Myth and Cosmos. Nueva York: Natural History Press, 1967.
22. Kleinman A. Rethinking Psychiatry. From Cultural category to Personal Experience. Nueva York: The Free Press, 1988.
23. Páramo G. "Lógica de los mitos: lógica paraconsistente. Una alternativa en la discusión sobre la lógica del mito. Ideas y valores 1989; 79:27-67.
24. Lévi-Strauss C. Antropología estructural I. Buenos Aires: Eudeba, 1968.