

# ¿UNA RITUALÍSTICA DEL ALIVIO O DEL DOLOR?

Por: OSPINA MARTÍNEZ, María Angélica

## Claves culturales en dos narrativas biográficas de pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en Bogotá, Colombia

### RESUMEN

A través de un relato etnográfico y dos narrativas biográficas, en este artículo la autora se propone ilustrar la manera en que una entidad diagnóstica psiquiátrica es lugar privilegiado para el análisis de ciertos aspectos socioculturales involucrados en la experiencia de la enfermedad mental. Servirán para este objetivo, las historias de Ángel (de 15 años) y Rosario (de 75) (nombres ficticios), pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y hospitalizados en dos clínicas psiquiátricas privadas de la ciudad de Bogotá. En ambos casos, reluce el sustrato mágico-religioso como estructurante de su experiencia de sufrimiento, el cual sostiene la característica *ritualista* de este trastorno en particular. Como resultado, se demuestra que el sufrimiento como nodo analítico favorece la comprensión de dominios que entrecruzan la vida personal y colectiva.

### PALABRAS CLAVE:

trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), Etnopsiquiatría, antropología del sufrimiento, claves culturales de la enfermedad mental, narrativas biográficas, ritualista.

### ABSTRACT

Through an ethnographic story and two biographical narratives, in this article the author proposes to illustrate the way in which a psychiatric diagnostic entity is privileged place for the analysis of certain sociocultural aspects involved in the experience of mental illness. The stories of Angel (15 years old) and Rosario (75 years old) (fictitious names), patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD) and hospitalized in two private psychiatric clinics in the city of Bogotá will serve for this purpose. In both cases, the magic-religious substratum shines as a structurant of his experience of suffering, which sustains the *ritualistic* characteristic of this particular disorder. As a result, it is shown that suffering as an analytical node favours the understanding of domains that intersect personal and collective life.

### KEYWORDS:

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), ethno psychiatry, anthropology of suffering, cultural keys of mental illness, biographical narratives, ritualistic.

## **A RITUALISTIC ABOUT RELIEF OR PAIN?**

**Cultural keys in two  
biographical narratives of  
patients diagnosed with  
Obsessive-Compulsive  
Disorder (OCD)  
(Bogotá, Colombia)**

Doctora en Antropología, Universidad de los Andes  
Investigadora de la Red de Etnopsiquiatría: Estudios Sociales y de la Cultura  
maospinam@yahoo.es

Recibido: 11 de junio de 2017  
Aceptado para publicación: 11 de agosto de 2017  
Tipo: Investigación

Apenas saltó de la barca, vino a su encuentro, de entre los sepulcros, un hombre con un espíritu inmundo (...) a quien nadie podía ya tenerle atado ni siquiera con cadenas (...) y nadie podía dominarle. Y siempre, noche y día, andaba entre los sepulcros y por los montes, dando gritos e hiriéndose con piedras. Al ver de lejos a Jesús, corrió y se postró ante él y gritó con gran voz: «¿Qué tengo yo contigo, Jesús, Hijo del Dios Altísimo? Te conjuro por Dios que no me atormentes». Es que él le había dicho: «Espíritu inmundo, sal de este hombre». Y le preguntó: «¿Cuál es tu nombre?». Le contestó: «Mi nombre es Legión y somos muchos». (Marcos 5, 1-9)





## INTRODUCCIÓN

**D**urante los últimos diez años de mi ejercicio antropológico, he tenido la oportunidad de transitar como etnógrafa por diversos espacios de aquello que hemos atinado en denominar locura; un fenómeno que anuda las facetas más íntimas de la experiencia humana con las fuerzas macrosociales, la historia, la economía y la cultura. Así lo atestiguan las decenas de biografías que he podido conocer; trayectorias que dan testimonio de que la experiencia de la enfermedad mental trasciende los límites del cuerpo orgánico y del dominio psíquico individual; vidas que, como apunta el antropólogo Carlos Alberto Uribe (comunicación personal, 2017), rebasan el concepto de broken brain porque ciertamente reflejan, de modo más amplio, un sinnúmero de existencias rotas. En tal sentido, aquellas vivencias narradas de la locura no solo favorecen la indagación sobre la dimensión clínica de los trastornos, sino también, en simultánea, permiten decantar los elementos culturales subyacentes en ellos.

Dicha premisa de la antropología médica, el etnopsicoanálisis, la etnopsiquiatría y, en particular, de la antropología del sufrimiento, se conjuga así con la demanda etnográfica de producir conocimiento "desde el punto de vista del nativo" que, en este ámbito, es el paciente. Esta aproximación, por lo demás, considera el encuentro clínico como eminentemente narrativo, lugar de confluencia, conflicto y negociación de modelos explicativos sobre el padecimiento (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978/2006). Allí emergen diversos modelos explicativos e interpretativos que coinciden, a su vez, con

ciertas relaciones sociales, condiciones históricas precisas, marcos normativos y expectativas individuales y colectivas que terminan dando forma a la experiencia del enfermar (Cortés, 2003; Cortés, Uribe y Vásquez, 2005). En efecto, según la antropología del sufrimiento social, la enfermedad mental supone una experiencia que rebasa la intimidad de los sujetos y se instala simultáneamente en lo cotidiano, lo histórico, lo político, lo moral, lo colectivo (Biehl, Good y Kleinman, 2007; Bourgois, 2004, 2010; Kleinman, Das y Lock, 1997; Young, 1997, entre otros).

A lo largo de mi investigación con pacientes diagnosticados con trastornos afectivos y de ansiedad (Ospina, 2009, 2010, 2011; Ospina y Uribe, 2011), llamaron siempre mi atención aquellos que decían ser presas de la implacabilidad de un universo de ideas obsesivas, contrarrestadas por lo general por rituales compulsivos. Pacientes que experimentaban desazón con su condición y que, a pesar de ser acérrimos controladores de su entorno, padecían una desagradable sensación de caos en su propio ser. En todo caso, no era una experiencia extraña para mí, como tampoco lo era para el común; muchos, incluso, nos hemos visto identificados en algún momento con tales características. Es solo que, para algunos, estas pueden desencadenar una verdadera tortura egodistónica<sup>1</sup>: lavarse constantemente las manos por temor a la suciedad o al contagio; evitar cualquier fuente potencial de contaminación; no tolerar un armario o un escritorio en desorden; evitar pisar las grietas de las calles o cruzar por umbrales; dudar agónicamente sobre si se cerró o no una puerta; imaginar situaciones que desencadenan en la desgracia o en el absurdo, entre

otras situaciones que adquieren una dimensión tan exagerada que terminan por fragmentar el flujo vital.

En la psiquiatría biomédica contemporánea, tales rasgos exacerbados constituyen el sofisticado trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En la cuarta edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), se califica como un desorden que evidencia "la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente", altamente angustiosas e incapacitantes, que el paciente puede percibir como "exageradas o irracionales" (American Psychiatric Association [APA], 1994). Su definición de obsesión incluye "ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas o inapropiadas" y que, al no poder controlarlas, le provocan un intenso malestar (APA, 1994). A su turno, el mismo manual precisa que la compulsión es una práctica reiterativa dirigida a aliviar de algún modo la obsesión, pero que, a la larga, genera sufrimiento por su carácter exagerado o punitivo. Habría que decir que, aunque todavía muy reciente y de uso menos extendido, la última versión del DSM aisló en un solo grupo el espectro del trastorno obsesivo-compulsivo. Según Castelló Pons (2014),

Uno de los cambios diagnósticos más notorios con respecto al anterior DSM [...] consiste en la extracción del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de los Trastornos de ansiedad y la creación de un grupo nuevo de trastornos (un espectro obsesivo), agrupados todos ellos bajo el epígrafe de TOC y trastornos relacionados. Dentro de esta agrupación se han ubicado: (a) TOC; (b) trastorno dismórfico corporal (TDC) (anteriormente incluido en trastornos somatomorfos); (c) tricotilomanía (en DSM-IV incluida en los trastornos por control en los impulsos); (d) trastorno por excoriación (nuevo trastorno); (e) trastorno por acumulación (también nuevo trastorno); (f) TOC y trastornos relacionados inducidos por otra enfermedad médica; (g) TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias; (h) otros TOC y trastornos relacionados especificados; (i) otros TOC y trastornos relacionados no especificados. (p. 23).

En todos los casos, la tendencia de este desorden a la repetición obedece a una lógica estricta y reiterativa que se presta para que se le considere como *ritualística*. La psiquiatría también suele usar la categoría de "pensamiento mágico" para definir la "irracionalidad"



de dichos pensamientos y acciones. El mero uso de tales categorías conduce a indagar acerca de la experiencia obsesivo-compulsiva en clave cultural, pues bien se sabe que la magia y el ritual han sido temas antropológicos por excelencia. Sumado a ello, las narrativas de los pacientes diagnosticados con TOC suelen transitar por registros transversales a la cultura: *el manejo del orden y el desorden, el deseo y la norma, la violencia, la muerte y la sexualidad, regulados y dotados de sentido a través de las leyes humanas y sobrenaturales*. De allí que estos relatos exhiban la polisemia de la experiencia personal, el marco histórico-cultural en que se inscribe y las condiciones de posibilidad del padecimiento.

Con el objetivo de contribuir a la identificación y comprensión de algunas claves socioculturales comprometidas en la experiencia de la enfermedad mental, en este artículo presentaré y analizaré dos narrativas biográficas de trastorno obsesivo-compulsivo de gran



interés antropológico, ya que conforman una diada extrema en las categorías de género (hombre/mujer), ciclo vital (adolescente/tercera edad) y ocupación (estudiante/jubilada) (Cortés, Uribe y Vásquez, 2005). Ángel y Rosario, ambos pacientes psiquiátricos institucionalizados, usuarios del Plan Obligatorio de Salud (POS) en Bogotá, son los protagonistas de este relato etnográfico. La información aquí expuesta se deriva de mis observaciones registradas en diarios de campo, así como de entrevistas a estos pacientes y a sus parientes cercanos. Este trabajo toma como punto de partida el proyecto antropológico *Entre el amor y el fármaco: los pacientes afectivos frente a la psiquiatría institucional* en Bogotá, desarrollado entre 2006 y 2010, en el marco de la línea de investigación Etnografías de la Salud, el Malestar y la Sanación, de la Red de Etnopsiquiatría: Estudios Sociales y de la Cultura. En adelante, se usarán nombres ficticios para proteger la identidad de aquellos a quienes se alude.

## LOS DEMONIOS DE ÁNGEL

Hacia las ocho de la mañana, las puertas de una institución psiquiátrica bogotana se aprestan a diario a recibir a los pacientes de la Clínica Diurna, aquellos hospitalizados durante siete horas, después de las cuales retornan a sus lugares de residencia. Los semi-internos son entregados por sus parientes y cuidadores a las enfermeras de turno. Dentro de ellos, se destaca un número de adolescentes que alimenta el grupo de los trastornos de ansiedad, en particular, los de la conducta alimentaria, el déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la fobia social y el pánico, algunos tipos de estrés y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Padecimientos como estos son atribuidos por la psiquiatría biomédica a disfunciones orgánicas tempranas y, en el nivel psicosocial, a la crisis por la entrada a la adultez o a estresantes externos como el conflicto con la autoridad y con los pares.

Ángel se encontraba en este grupo. Llevaba un mes entre la hospitalización interna y la de medio tiempo. Con tan solo 15 años, compartía con otros pacientes jóvenes las innumerables cicatrices del autocastigo en su piel. La medicación que recibía (fluoxetina y clonazepam)<sup>2</sup> solía derrotar su entusiasmo, y fácilmente caía rendido ante sus efectos soporíferos. Pero quizás lo que más me impactó fue su apariencia de niño desvalido, muy pálido y con los ojos hundidos, desgarrado, de corta estatura y extremadamente delgado; signos inequívocos de un avanzado estado de deterioro por la desnutrición y el insomnio que reportaba.

El diagnóstico de Ángel, establecido hace más de un año, apuntaba a un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) muy delicado. Se trataba de un padecimiento tan incapacitante que sus padres habían decidido, a la mitad del año escolar, retirarlo del colegio donde cursaba el grado noveno. Su vida entera giraba ahora alrededor del trastorno, el cual, según él, lo mantenía "totalmente dominado". Decía encontrarse "atrapado" en el contenido agresivo de sus pensamientos y prácticas compulsivas. Toda su sintomatología se adhería a una idea recurrente: voces internas lo instigaban a matarse y, ocasionalmente, a violentar a otros, por ejemplo, a sus padres. Reconocía, no obstante, que aunque era un "sonido" el que lo acosaba (voces), se trataba de una especie de imagen auditiva que no provenía del exterior. A pesar de esta conciencia, el contenido de lo que aquellas decían le era insoportable. Tal era la razón para contrarrestarlas mediante prácticas estereotipadas y conductas autoagresivas. Según Ángel, parecía

que solo obedeciendo las voces, estas se apaciguarían y, algunas veces, aquello le producía tanta angustia que solo podía ahuyentarse estrellándose contra la pared: *"Es que siento mucho estrés y mucha ira por lo que me dicen que haga"*.

Esos rituales estereotípicos incluían rigurosas etiquetas en su vida cotidiana: antes de entrar por una puerta, Ángel debía dar dos pasos hacia atrás; para bañarse invertía demasiado tiempo (dos horas o más) haciendo rituales para entretener a las voces; decía no poder vestirse solo, así que sus padres se encargaban de hacerlo por él. Además, desplegaba corrientemente una serie de tics, todos en respuesta al hostigamiento de las voces: trataba de "espartarlas" o de "alejárselas" con sus manos como si le revolotearan en derredor o sacudía con fuerza su cabeza; también propinaba puños repentinos a muebles y muros o se estremecía de cuerpo entero, incluso hasta los músculos del rostro. Según dice, el hecho de que esto se manifestara incluso en los lugares públicos motivaba ciertos comentarios de la gente: *«A veces, voy en los buses o estoy en visitas y las personas me ven como un loco, y dicen: 'Uy, ¿a este chino qué le pasa? Está como corrido'»*.

De otro lado, era frecuente que el joven se practicara autolaceraciones, de modo impulsivo o flemático, con el objeto de aliviar su ira. Sus brazos eran territorio interminable de las marcas de cortaduras y rasguños, algunos emulando el suicidio por el corte de las venas. Nunca, en todo caso, intentó matarse, a pesar de que las voces se lo solicitaran. Durante las terapias, tenía una curiosa costumbre que pude detectar: en los bolsillos de sus amplios pantalones llevaba

siempre un frasco de crema humectante. Tenía por costumbre aplicársela en los brazos y en los labios, pues su piel sufría de una extrema resequedad. Lubricante sobre las cicatrices... un toque de autocuidado que contrastaba con el autocastigo.

En alguna de nuestras charlas, Ángel me comentó que su "mal" había sido desencadenado por un misterioso suceso, del que solo reveló su relación con una cierta persona que había intentado "hacerle daño" a su familia por medio de una maldición brujesca. Desde ese entonces, manifestaba no haber podido volver a entrar a ninguna iglesia, a pesar de que su familia siempre cumplía con los ritos católicos; insistía en percibir un gran impedimento para ingresar a cualquier templo, además de que las imágenes religiosas parecían serle lesivas a su vista. Todo ello se aunaba a las afirmaciones de quienes lo rodeaban acerca del extraño carácter de su padecimiento: para sus parientes, no existía otra razón diferente al hecho de que Ángel estaba "poseído" por algún espíritu maligno. Su profesión de la fe católica daba buen sustento a esta hipótesis, en concreto cuando se trataba de encontrar una explicación verosímil a lo irracional, motivo que lo condujo a aceptar la invitación de un compañero suyo a una comunidad cristiana juvenil:

*— Mi amigo me decía que yo estaba muy lejos de Dios y que, por eso, seguramente es que estaba enfermo. Y yo en un momento pensé que podía tener razón. Entonces fui a una de esas reuniones de jóvenes donde le cantaban a Dios y bailaban y aplaudían. Pero ir a esos grupos a mí nunca me ha gustado, así que no volví más.*





Su narrativa se modificó en otra de nuestras conversaciones cuando me relató que, por razones económicas, él y su familia se habían mudado a casa de su abuela, donde pretendían vivir por unos tres meses, estadía que se prolongó por cerca de un año. Ángel afirmaba que la atmósfera del sitio era excesivamente restrictiva y autoritaria, y que le ocasionaba en sus palabras “un estrés exagerado”: se sentía observado desde todos los rincones y era cuestionado permanentemente por cada decisión que tomaba, especialmente por la nueva autoridad materna.

Aunque, para los clínicos, el pronóstico del TOC trae consigo la marca de la cronicidad y, por ende, quienes consultan por ello lo hacen relativamente tarde —a pesar de que puede aparecer muy temprano— (Cortés, Uribe y Vásquez, 2005), Ángel fue llevado por sus padres al psiquiatra a su corta edad. Varias de las características de este trastorno se relacionan con la sobrevaloración del orden y la limpieza, ambos susceptibles de naturalización en una sociedad como la nuestra, tan temerosa del caos y la contaminación (Cortés Duque, 2003). Por ello, el malestar puede ocultarse durante gran parte de la vida tras una investidura de normalidad. Pero, en el caso de este jovencito, sus obsesiones y compulsiones implicaban adicionalmente el ejercicio de la violencia sobre sí, un hecho que acarrea la censura moral e incluso se concibe con frecuencia como un acto *contra natura*. El control social sobre el autocastigo es tal que, a quienes se acepta cometerlo, se les confiere la cualidad de santos o mártires, en cuanto se ejerce bajo una sacralizada intención de sacrificio. De allí que, el

insentido de la autoagresión de Ángel permitiera una fácil patologización de parte de quienes lo rodeaban.

De hecho, más que el propio Ángel, eran ellos quienes aventuraban explicaciones mágicas sobre el absurdo de su padecimiento, como aquella en la que él era *víctima sacrificial* de un trabajo de brujería a su familia o de una guerra entre deidades. Él mismo asumía que las voces que lo asediaban constituían una legión ambigua y sin forma, tan real como intangible. Y, aunque dudaba en atribuir totalmente el origen de su padecimiento al maleficio lanzado a su familia, su sentimiento iconoclasta lo perturbaba hasta el punto de considerar la versión explicativa de la posesión demoniaca; una interpretación fortalecida por su férrea formación católica y por sentirse incapaz de pisar una iglesia.

Así mismo, Ángel evoca la época de su mudanza como un hito desencadenante de su malestar. El tono en que me narraba la permanencia obligada en casa de su abuela era de un gran desdén frente al exceso represivo que allí imperaba. Al tiempo, hacía uso de la categoría psicologizada de “estrés” para señalar lo que experimentaba entonces. Dos temas correspondían con las causalidades mágico-religiosas expuestas anteriormente: sus tempranos conflictos con la autoridad y la norma. Tanto la familia como la religión le habían sido, en algún momento, hostiles y, dentro de la ley aprendida, era explícito que no debía responderles agresivamente, una solicitud que la legión de voces sí demandaba de modo reiterativo. En este acorralamiento, el joven no veía otro remedio que la autoagresión; una fórmula ritual para anular el agobio, intrínseca a las narrativas de trastorno obsesi-

vo-compulsivo.

Ángel luchaba en el limen entre la infancia y la adultez por atender al modelo de autoridad que debía regir su vida. Las ideas obsesivas y las prácticas compulsivas parecen mostrar siempre ese cuadrilátero donde el sujeto combate con distintos modelos superyoicos. La pregunta que aquí merecería respuesta, esa sobre las razones de los diagnosticados con TOC para dirigir toda su atención e invertir su energía en obsesiones concretas, podría tener resolución en el caso de Ángel al revisar su experiencia con las múltiples interpretaciones otorgadas a su trastorno. Y es que la legión de voces que lo ofuscaba era afín a los distintos modelos explicativos entre los cuales se debatía, aunque ninguno le satisfacía por completo. De hecho, ninguno incluía su propia voz, esa que no era de infante ni de adulto.

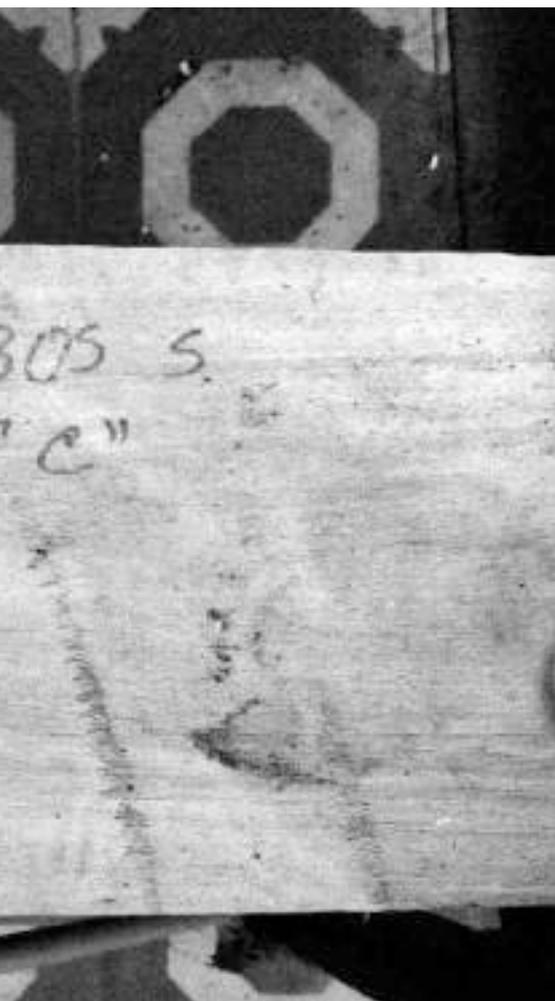


## ROSARIO DE DESGRACIAS

El sol de mediodía azotaba el patio central de otra prestigiosa institución psiquiátrica de la capital, en cuya cancha de básquetbol divagaban los internos en un círculo sin fin, solamente perturbado por el arribo de las visitas. Rosario, de 75 años, yacía desplomada en una silla plástica a esperar a sus familiares, quienes habían optado por hospitalizarla debido a sus persistentes fantasías de suicidio. Para ese momento, había sido diagnosticada con depresión mayor y TOC.

Parecía muy serena al narrarles a sus parientes que la "casa de reposo" —como la llamaba— le había hecho bien y que las monjitas no la habían maltratado.

Rosario era hija de la dueña de una chichería, ubicada en el barrio San Victorino de la Bogotá de los años 1930. Su madre había quedado embarazada de un hombre distinto a su compañero y él había aceptado a regañadientes criar a su hijastra junto con los demás



hijos. Era la menor de las mujeres en un grupo que, con el tiempo, sumaría seis niños. El estigma de *hija natural*, no obstante, lo compartiría también con sus hermanos, dado que el compañero de su madre nunca les dio el apellido.

Siendo ya una quinceañera, Rosario buscó un trabajo que la redimiera de una infancia infeliz en la que decía nunca haberse sentido amada por sus padres, ni apreciada en su calidad de mujer. Sus hermanos y cuñados la recordaban

como una joven muy hermosa, *"despierta, altiva, garbosa, muy fiestera, le gustaba la música y siempre vestía a la moda"*. Se empleó en una fábrica de pañuelos y, con los años, además de vender ropa, logró acceder a un puesto como auxiliar de cocina en el antiguo hospital San Juan de Dios, gracias a lo cual se pensionó de la Beneficencia de Cundinamarca.

A sus 20 años, Rosario se casó con un joven de su misma edad, llamado Leonidas, zapatero de profesión, a quien su madre, tanto como el resto de familiares, despreciaba. Cuenta su hermano: *"Mi mamá le llamaba «Caballo en sombra» porque era un tipo agazapado, negativo, sin iniciativa y que no se amañaba en ninguna parte, pues nada le gustaba". También lo describía como un típico cachaco, "filipichín, arribista, especialmente en el modo de vestir; no era mujeriego, pero sí borracho y se las daba de muy culto"*. Unos años después de casarse, Leonidas quebró en su zapatería y Rosario asumió por completo el sostenimiento económico del hogar.

Con Leonidas, Rosario tuvo cuatro hijos, dos hombres y dos mujeres. De todos, Joaquín, el menor de los varones, fue especialmente despreciado por Leonidas. En palabras de Rosario: *"Joaquín no tuvo niñez. Mientras yo trabajaba, Leonidas llevaba al bebé a la zapatería, lo dejaba metido todo el día en un cajón de madera y lo maltrataba. Leonidas no lo quería ni lo determinaba. En cambio, al hijo mayor lo prefería sobre el resto"*. El pequeño Joaquín vivió con el desprecio de su padre y se hizo un hombre tímido y melancólico. Al crecer, se enamoró de una prima hermana que nunca le correspondió, un sentimiento que su familia censuraba por su naturaleza incestuosa. A

pesar de ello, solía decir que si no era con ella, no se casaría nunca.

A sus 30 años, Joaquín se suicidó con una sobredosis de tranquilizantes. Fue su madre quien lo encontró muerto en su lecho una mañana, cuando acudía a despertarlo. El hermano de Rosario recordaba: *"Eso acabó con ella, casi se vuelve loca. Perdió el sentido. No comía, lloraba, pensaba, caminaba de un lado para otro. Rechazaba la vida"*. La terrible depresión en que se consumió acabó por conducirla a buscar alternativas espirituales que aliviaran su dolor. Así fue como, tras renunciar a su fe católica, se vinculó por varios años con los Testigos de Jehová y, luego, por consejo de su hija, a la Gran Fraternidad Universal, movimiento de inspiración New Age que propone alcanzar el desarrollo personal a través de técnicas de autocuidado y etiquetas rituales como el hatha-yoga, la meditación y el vegetarianismo, todas enmarcadas en un esoterismo crítico de la ciencia y la medicina alopática. Este movimiento ha sido duramente cuestionado en el mundo, ya que muchos lo califican de "secta mesiánica" y otros lo acusan de malversación de fondos.

Como en todo proceso de conversión, Rosario adaptó una serie de nuevos hábitos a su vida. Su dieta se redujo a un espectro limitado de alimentos que *"no la contaminaran"* o que, en sus palabras, *"no fueran dañinos para el espíritu o el organismo"*: no comía carne de res ni de cerdo, ni vísceras o cárnicos que contuvieran sangre, y solo consumía pescado de mar porque el de río era contaminante; abandonó el tabaco y el alcohol por considerarlos tóxicos y pecaminosos; no bebía café porque —decía— lo mezclaban con sangre de res; repudiaba las grasas y todo lo procesado

en aceite; no usaba azúcar blanca, su dieta era baja en sal por considerarla corrosiva y, en general, ingería reducidas cantidades de comida para no ceder a los excesos de la gula. De otra parte, jamás empacaba alimentos en bolsas negras porque creía que podían viciarse de "mala energía"; no salaba ni adobaba la carne al guardarla en el refrigerador, pues este podía dañarse, ni dejaba ningún frasco sin tapar, independientemente de su contenido.

Estos principios afectaron seriamente su vida cotidiana. Era incapaz de comer fuera de casa y, cuando tenía que salir, llevaba su propia comida, empaques e implementos. No dejaba que en los supermercados le envolvieran la comida; ella usaba sus propias bolsas. Y, de alguna manera, esto del contagio se extendió a otras áreas: rechazaba en general toda mención a la muerte hasta el punto de negarse siquiera a escuchar canciones que tocaran el tema. Al saludar o despedirse de la gente, decía tener que hacerlo por la derecha y no por la izquierda, como corrientemente se hace, ya que era posible recibir malas energías. Bajo este mismo supuesto, tampoco permitía que le tocaran su espalda.

Rosario encontró en la devoción a los ángeles un arma más para incluir en su arsenal terapéutico y ritual, bien expresado en los altares que ella misma arreglaba: imágenes de la Virgen, huestes de ángeles en cerámica, pirámides, cruces y dólares, todos como escudos de protección contra más desgracias, componían un *collage* intencionalmente recargado y ubicado en uno de los espacios sociales de su casa. Esta devoción se intensificó en la misma medida que su creencia en el Maligno, en el Satanás judeocristiano que la acechaba en

cada esquina y a cada instante. San Miguel Arcángel se convertiría en uno de sus patronos protectores y acudiría a su invisible espada azul en todo momento susceptible de desorden que, a este punto, ya podía ser cualquiera: desde un viaje hasta salir a la calle; desde preparar sus alimentos hasta la hora de dormir: "*San Miguel por arriba, San Miguel por abajo, San Miguel a la derecha, San Miguel a la izquierda*", rezaba incesante y angustiadamente, al tiempo que hacía uso de su oración:

San Miguel Arcángel, defiéndenos en la batalla. Sé nuestro amparo contra la perversidad y asechanzas del demonio. Reprímale Dios, pedimos suplicantes, y tú Príncipe de la milicia celestial, arroja al infierno con el divino poder a Satanás y a los otros espíritus malignos que andan dispersos por el mundo para la perdición de las almas. Amén.

Pronto, su universo de creencia comenzó a dar forma a obsesiones y compulsiones correlativas. Todo podía ser fuente de contaminación y puerta de entrada del demonio. Rosario se esmeró por controlar cada frente de su vida cotidiana en esta dirección: la alimentación, sus rutinas, hábitos y contactos con otras personas, animales y cosas, todo menos sus esferas íntimas. Ya no podía dormir debido al temor mismo de no poder dominar el mundo onírico. Y, en estado de vigilia, ya no lograba contener sus pensamientos repetitivos sobre el fin del mundo, ni sus fantasías suicidas de lanzarse por la ventana o ahogarse en el agua. Por lo demás, comenzó a sufrir una enfermedad ocular que la fue dejando ciega paulatinamente.

Rosario fue quedando en un estado de letargo, de ausencia, de silencio, en el momento mismo en que todas sus acciones podían ocasionarle una catástrofe.

Como consecuencia de su padecimiento, Rosario terminó anoréxica, catatónica e insomne. Su deterioro acelerado se sumó al de su vejez misma. Pronto estuvo de



vuelta a una suerte de infancia primordial, atrapada en la mudez, la invidencia y la quietud, condición que la redujo a una incapacidad generalizada quedando al cuidado absoluto de sus hijos, después de la muerte de su esposo. Su narrativa biográfica señala el signo de la tragedia como un particular modo de acudir a la finitud.



## ALGUNAS CLAVES INTERPRETATIVAS

Ángel y Rosario comparten el hecho de hallarse en lo que podría denominarse "límenes etarios". Ambos se ubican, a su modo, en momentos límites de su ciclo vital. Uno inaugura su entrada a lo social, mediante la introyección de la norma a través de sus autoridades parentales. La otra se prepara para salir de lo social en la inminencia de la muerte, aquella anunciada por su deterioro físico que la pone de nuevo en manos de cuidadores. La condición etaria de ambos los convierte en sujetos inimputables, lo cual es agudizado por el estigma de enfermos mentales. Dentro de su contexto sociocultural, su liminalidad es leída como un factor que nubla su juicio y su criterio. Esto es bien atestiguado en ambos casos cuando son sus cuidadores quienes hablan por ellos, mientras ellos parecen incapaces de narrarse bien a sí mismos.

En relación con lo anterior, encontramos un elemento interesante en su narrativa de enfermedad: el problema de la voz y el autocastigo. En el caso de Ángel, su propia voz ha sido reemplazada por ideas obsesivas de otras voces que lo instan a agredir a otros. Sus rituales para enfrentarlas son, entonces, autoagresivos. Rosario, por su parte, ha caído ineludiblemente en el mutismo, punto culminante de una cadena de autolaceraciones orientadas, en especial, a la restricción de sus funciones vitales: el sueño, la alimentación y la socialización. Tanto Ángel como Rosario, además, son coartados narrativamente por otros: sus familiares y los médicos, ninguno de los cuales considera legítimo el poder

explicativo de los propios sufrientes.

Ambos casos coinciden en una interpretación mágico-religiosa de su malestar: tanto las obsesiones como los rituales que pretenden aliviarlas contienen códigos de ese registro. En Ángel, el secreto brujesco alcanza a colarse en su propia etiología del trastorno. Según él, una maldición desencadenó su legión de voces internas y, por eso, buscó alternativas rituales católicas para aplacarlas como si fuesen demonios. Esas mismas voces son asociadas con la tradición satánica contra-cristiana, en la medida en que pretende revertir el orden establecido a través de la contestación a las jerarquías. Ángel apropia este discurso como único recurso para reaccionar a sus figuras familiares de autoridad, tal como se expresa en su síntoma obsesivo.

Por su parte, en su propio itinerario terapéutico ritual, Rosario encuentra etiquetas afines con su disposición obsesivo-compulsiva. En la imposibilidad de narrar su propia vida, recurre al alivio que le otorgan aquellos bálsamos espirituales ofrecidos en el mercado religioso contemporáneo. Un híbrido arsenal de protección pronto se volverá en su contra aniquilando toda posibilidad de acción y reacción. Ningún modelo de los que elige considera su propia versión acerca de la tragedia y la enfermedad, lo cual la conduce sin retorno a una parálisis ontológica.

En las dos experiencias de enfermedad, advertimos una lectura del malestar más no una resolución. Ángel y Rosario se han esmerado por igual, de manera angustio-

sa y confusa, en otorgarle significado a sus tragedias; de allí que hayan buscado correlatos narrativos tanto en la religión como en la psiquiatría. Pero ninguno de ellos ha decidido adueñarse de su propia historia, en reacción al despojo de ella. Sus rituales obsesivos de auto-castigo o de purificación funcionan igual que la farmacoterapia, cuando como sujetos renuncian a la posibilidad de autorreconocerse y decidir sobre sus propios destinos; renuncian a la responsabilidad de ejercer agencia sobre sus vidas. En cambio, desplazan la cura hacia un objeto externo: etiquetas morales, tratamientos, agencias teológicas y espirituales, responsabilidades de otros.

Por último, es interesante considerar la idea de que el TOC está signado por una experiencia egodistónica muy particular: un desajuste entre el dominio subjetivo y el entorno. Los obsesivos-compulsivos hacen esfuerzos sobrehumanos –y de hecho, inútiles– por controlarlo todo, mientras su intimidad se derrumba ante el caos. Mal hacemos en reducir esa experiencia dolorosa al ámbito neuroquímico e incluso comportamental, sin detenernos en los procesos de inscripción cultural por los que todo individuo debe transitar y que, en últimas, modelan la manera en que se debe sobrevivir en detrimento del deseo. Es allí, en aquellas formas aprendidas para habitar el mundo, donde acaece el parto social: el ingreso y la salida de la cultura es violento y doloroso. ¿Dónde, si no allí, podría leerse de mejor manera la experiencia del sufrimiento? 

<sup>1</sup>En el Glosario de psiquiatría de John C. Nemiah (1996), el término egodistónico se refiere a “[a]spectos de la conducta, pensamientos y actitudes de una persona, que el ego considera repugnantes o inconsistentes con la personalidad global” (p. 114).

<sup>2</sup>La fluoxetina es un antidepresivo de amplio uso en la actualidad; el clonazepam, actual medicamento de venta controlada en Colombia, es una benzodiazepina para uso ansiolítico.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1994).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington: Autor.
- BIEHL, J., GOOD, B., & KLEINMAN, A. (EDS.). (2007).** Subjectivity: Ethnographic investigations. Berkeley: University of California Press.
- BOURGOIS, PH. (2004).** Crack-cocaína y economía política del sufrimiento social en Norteamérica. *Humanitas*, 5, 95-103. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Recuperado de <http://www.fundacionmhm.org/Mono5/Articulos/edicion12.html>
- BOURGOIS, PH. (2010).** En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem. Buenos Aires: Paidós.
- CASTELLÓ PONS, T. (2014).** El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 112, 22-27.
- CORTÉS DUQUE, C. (2003).** Una aproximación etnográfica a las narrativas de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en torno a sus síntomas (Trabajo de grado de especialización no publicado). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Bogotá, Colombia.
- CORTÉS DUQUE, C., URIBE, C. A., & VÁSQUEZ, R. (2005).** Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2), 190-219.
- KLEINMAN, A., DAS, V., & LOCK, M. (1997).** Social suffering. Berkeley, LA: University of California Press.
- KLEINMAN, A., EISENBERG, L., & GOOD, B. ([1978] 2006).** Culture, illness, and care: Clinical lesson from anthropologic and cross-cultural research. *Focus*, 4(1), 140-149.
- NEMIAH, J. C. (1996).** Glosario de psiquiatría. Madrid: Díaz de Santos.
- OSPINA MARTÍNEZ, M. A. (2009).** De cuerpos afectuosos y males afectivos: cultura, fármaco y psiquiatría institucional en Bogotá, Colombia. En F. de la Peña (coord.), *Cuerpo, enfermedad mental y cultura* (pp. 185-216). México: ENAH, INAH.
- OSPINA MARTÍNEZ, M. A. (2010).** Entre el amor y el fármaco: los pacientes afectivos frente a la psiquiatría institucional en Bogotá, Colombia. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- OSPINA MARTÍNEZ, M. A. (2011).** De escarabajos y otros bichos: intimidades del paciente mental en los laberintos del capitalismo biomédico. *Maguaré*, 25(1), 241-276.
- OSPINA MARTÍNEZ, M. A., & URIBE TOBÓN, C. A. (2011).** Noé y la ira de la guerra: cultura y trauma en un caso psiquiátrico colombiano. En S. E. Visacovsky (comp.), *Estados críticos: la experiencia social de la calamidad* (pp. 227-266). La Plata: Al Margen.
- YOUNG, A. (1997).** The harmony of illusions. *Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. EE.UU.: Princeton University Press.