



**Universidad de Chile**

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

# Salud Mental, Posesión Espiritual y Sanación Esotérica. Abriendo una Ventana para el Diálogo, desde el Escenario del Postmodernismo.

---

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE  
ADULTOS

© Registro de Propiedad Intelectual N° 225.668. Prohibida su reproducción total o parcial.

Autor: Ps. Víctor Hugo Frigerio C.  
Profesor Guía: Dra. Adriana Espinoza  
Asesor Metodológico: Dra. Adriana Espinoza  
Santiago, Chile  
Enero 2013.

## AGRADECIMIENTOS

Muchas cosas han acontecido en estos casi tres años desde que se inició la tesis y solo mi familia y mis más cercanos saben al igual que yo, por todo lo que he tenido que atravesar para poder en estos momentos estar escribiendo por fin estas líneas, las cuales marcan la finalización de esta valiosa investigación.

Precisamente, quisiera comenzar agradeciendo a mis padres Sonita y Víctor y a mi tía Yoly, por estar y por el amor de siempre.

Gracias a mi hermana querida, Verito. A pesar de que Australia quede tan lejos, nunca he dejado de sentir que siempre estas junto a mí.

A ti Shirley, por aparecer en mi vida con tanta ternura, de la forma y en el momento más inesperado.

A mis amigos Virginia López y Carlos Garcés, por su cariño y apoyo durante todos estos años. También quiero agradecerles por brindarme siempre su gran casa en mi entrañable Quilimarí, no solo por ser mi refugio y lugar de retiro espiritual, donde no solo el Universo se ve maravilloso por las noches y emerge lo mejor de mí, sino que también por constituir el enclave donde se realizó parte muy importante de este fascinante proyecto.

A mis queridos primos Teddy y Felipe Hermosilla, por todo su cariño y pasarla tan bien con ustedes, ya sea en Chile o Venezuela.

A la profesora Adriana Espinoza, por creer en mí y en este loco pero quizás histórico estudio. Mis agradecimientos también para Javier Bassi, por sus valiosas indicaciones y sugerencias junto con demostrar a diferencia de otros docentes, una actitud positiva frente a los humanos impases.

A todos mis amigos, a mis compañeros de trabajo del CESFAM Trinidad de La Florida y conocidos de la vida, que me quieren y estiman. Muchas gracias por su interés y por continuar recorriendo el camino conmigo, a pesar de mi alejamiento cual lobo estepario, mientras ha durado esta investigación.

Quisiera agradecer encarecida y afectuosamente a todas y cada una de las personas que aceptaron valiente, desinteresada y amablemente otorgar su testimonio y conceder todas las entrevistas efectuadas, junto con manifestarles mi alegría por devolverles por completo sus vidas, las cuales de alguna forma yo también viví, durante los últimos casi tres años de mi existencia.

Agradezco a Gonzalo Pérez, Carlos Meschi y Patricia, al psiquiatra Dr. José Gengler y a los profesores Dr. Raúl Riquelme y Hugo Zepeda, los cuales en su calidad de informantes claves me entregaron valiosa información y me

alentaron a introducirme en todo este inolvidable proceso que ahora llega a su fin.

A Jorge Fischer, por su importante colaboración en la parte final de mi tesis y porque la buena onda no tiene precio.

Finalmente, y volviendo al encabezado de estas líneas, quisiera agradecer al mismísimo destino (o quizás a mi propio karma), por brindarme en los años que duró esta investigación, tantos obstáculos y vicisitudes, sin los cuales, sería imposible que pudiera experimentar de forma tan intensa la enorme satisfacción que actualmente me embarga, al concluir por fin, este proyecto tan único.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	2
2.1. Pregunta de investigación.....	7
2.2. Objetivos.....	7
2.2.1. Objetivo General.....	7
2.2.2. Objetivos Específicos.....	7
III. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1. Sobre el enfoque Postmodernista y su influencia en el Construccionsimo Social8	
3.1.1. Postmodernismo; escenario del Construccionsimo Social.....	8
3.1.1.1. Verdades del Postmodernismo.....	10
3.1.1.2. Verdades dominantes.....	12
3.1.1.3. Surgimiento del Construccionsimo Social.....	13
3.1.2. Acerca del concepto de “Significado”.....	14
3.1.3. Profundización en los fundamentos del Construccionsimo Social.....	17
3.1.3.1. Argumento a la crítica.....	20
3.1.3.2. Argumento de la teoría literaria.....	23
3.1.3.3. Argumento de la Línea Crítica o Trasfondo.....	24
3.1.4. Precauciones a considerar respecto a los postulados de Thomas Kuhn....	26
3.1.5. El problema de la articulación entre ciencia y religión: La teoría de Ken Wilber.....	28
3.1.5.1. La negación moderna de la espiritualidad.....	29
3.1.5.2. Disociación igual a desastre.....	31
3.1.5.3. Tres tipos de empirismo.....	31
3.1.5.4. Las tres vertientes de todo conocimiento válido.....	32
3.2. Aspectos esotéricos los cuales conforman un discurso no dominante.....	33
3.2.1. Chamanismo y trance.....	33
3.2.2.1. El trance: Un estado alterado de consciencia no necesariamente psicopatológico.....	35
3.2.2. Aspectos parapsicológicos y esotéricos: Un discurso no dominante.....	37
3.2.2.1. Presencias.....	37
3.2.2.2. Maestros ascendidos.....	37
3.2.2.3. Ángeles y arcángeles.....	38
3.2.2.4. Seres de la oscuridad (Demonios, ángeles caídos).....	38
3.2.2.5. Maestros descendidos.....	39

3.2.2.6. Aura Humana .....	40
3.2.2.7. Magia negra .....	40
3.2.2.8. Posesiones.....	41
3.2.2.9. Espiritismo.....	42
3.2.2.10. MédiuM o Psíquico/a .....	43
3.2.2.11. Sanaciones de vidas pasadas .....	43
3.2.2.12. Karma.....	44
3.2.2.13. Después de la muerte, otras vidas.....	45
3.2.2.14. Guía interno.....	45
3.3. Sobre la salud mental y sus nexos con el discurso esotérico .....	46
3.3.1. Los postulados de Foucault y la salud mental: La historia de un discurso dominante.....	46
3.3.1.1. Lo esotérico, la posesión: El modelo biomédico psiquiátrico y sus iniciales vínculos con la cristiandad.....	46
3.3.1.2. El internamiento y el silenciamiento de la sinrazón.....	49
3.3.2. La psiquiatría actual y la posesión espiritual .....	50
3.3.2.1. Trastornos disociativos.....	51
3.3.2.1.1. Trastorno disociativo por trance y su contexto cultural .....	52
3.3.2.1.2. Trance por posesión .....	54
3.3.2.1.3. Tratamiento.....	55
3.3.2.2. Glosario dependiente de la cultura de síndromes asociados a lo esotérico .....	55
3.3.3. La postura del enfoque transpersonal frente a los fenómenos esotéricos y las posesiones espirituales .....	56
3.3.3.1. Formas de emergencia espiritual.....	57
IV. METODOLOGÍA.....	60
4.1. Tipo de Estudio .....	60
4.2. Estrategia Metodológica .....	61
4.3. Campo de Estudio y Diseño Muestral.....	61
4.4. Estrategia de recolección de datos.....	66
4.5. Análisis de datos .....	66
4.6. Procedimiento .....	67
4.7. Consideraciones éticas .....	68
V. RESULTADOS .....	69
5.1. Análisis descriptivo.....	69
5.2. Significados Atribuidos a las Prestaciones Recibidas Por Parte de la salud mental. ....	73

5.2.1. Sintomatología Negativa .....	73
5.2.1.1. Sintomatología más aguda .....	75
5.2.1.2. Ideación e intentos de suicidio .....	78
5.2.1.3. Amnesia .....	79
5.2.2. Acontecimientos biográficos disruptivos .....	81
5.2.3. Diagnósticos formulados por parte de la salud mental .....	83
5.2.3.1. Diagnósticos que más se formularon .....	85
5.2.3.2. Poca claridad respecto a las conclusiones diagnósticas .....	86
5.2.4. Experiencia con los profesionales de salud mental .....	88
5.2.4.1. Experiencia muy negativa con médicos psiquiatras .....	89
5.2.4.2. Mejor experiencia con profesionales de la psicología por mejor alianza terapéutica y mayor apertura a otros temas, aunque la mejoría fue acotada o nula .....	92
5.2.5. Experiencia con tratamiento psicofarmacológico .....	94
5.2.5.1. Psicofármacos más prescritos .....	94
5.2.5.2. Pésima experiencia con tratamiento farmacológico .....	96
5.2.6. Apreciación global de la salud mental .....	99
5.2.6.1. Salud mental apreciada más bien como paliativa y/o de ayuda relativa .....	99
5.2.6.2. Influencia psiquiátrica apreciada como un poder fáctico .....	102
5.2.7. Acontecimientos que podrían constituir un desafío para la interpretación científica .....	103
5.3. Significados atribuidos a la sanación esotérica .....	109
5.3.1. Búsqueda de ayuda en otras sanaciones alternativas, relacionadas con el ocultismo y/o religiosas .....	109
5.3.1.1. Infructuosa ayuda con métodos de sanación alternativos .....	109
5.3.1.2. Negativa experiencia con ocultista o “brujo” .....	110
5.3.1.3. Procedimientos de sanación evangélicos inútiles y/o iatrogénicos ....	111
5.3.1.4. Infructuosa ayuda por parte de la iglesia católica .....	112
5.3.2. Conocimientos de aspectos esotéricos .....	113
5.3.2.1. Ignorancia y/o descrédito previo de los aspectos esotéricos .....	113
5.3.2.2. Cambio de paradigma y conocimiento de aspectos esotéricos posterior al proceso de sanación .....	114
5.3.3. Diagnóstico parapsicológico .....	118
5.3.3.1. Posesión espiritual .....	119
5.3.3.2. Magia negra .....	119
5.3.3.3. Posesión demoníaca .....	120

5.3.4. Procedimiento parapsicológico .....	121
5.3.4.1. Primer contacto .....	121
5.3.4.2. Proceso en sí mismo .....	121
5.3.4.3. Énfasis en que parapsicólogo no se dirige a pacientes.....	125
5.3.5. Experiencia con la sanación esotérica .....	126
5.3.5.1. Mejor muy significativa respecto de sintomatología más aguda, en todos los casos, desde la primera sesión.....	126
5.3.5.2. Énfasis en recomendar y difundir la sanación esotérica que ellos recibieron .....	132
5.3.6. Rechazo a la mejoría por la sanación esotérica debido a la sugestión.....	134
5.4. Análisis relacional.....	137
5.5. Modelo hipotético – interpretativo .....	142
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	148
VII. SUGERENCIAS .....	162
7.1. Algunas Sugerencias Acerca de parámetros de efectividad respecto de Parapsicólogos y/o de las Sanciones Esotéricas.....	164
VIII. REFERENCIAS .....	167
ANEXOS.....	174
Anexo 1: La Endemoniada de Santiago; un Caso Pionero y Paradigmático en la Psiquiatría Chilena. (Zisternas, 2010).....	174
Anexo 2: Clasificaciones psicopatológicas y semiológicas (Capponi, 2011).....	176
A.2.1. Trastornos de la percepción .....	176
A.2.2. Alucinaciones en Relación al Órgano Sensorial Comprometido. ....	176
A.2.3. Alucinaciones en Relación a las Formas de Presentación.....	177
A.2.4. Trastornos de la Representación.....	178
A.2.5. Trastornos en el Contenido del Pensamiento o Trastorno de la Ideación. ....	179
A.2.6. Psicopatología del Yo: Psicopatología de la Dimensión Realidad-Irrealidad. ....	180
A.2.7. Trastornos de la Conciencia de la Unidad del Yo. ....	181
A.2.8. Trastornos de la Conciencia de la Identidad del Yo. ....	181
Anexo 3: El caso de Flora – Grof (2008) .....	183
Anexo 4: Preguntas Guía para Entrevista .....	184
Anexo 5: Consentimiento Informado.....	185

## ÍNDICE DE CUADROS Y DIAGRAMAS

	Página
Tabla n°1: Datos de los/las entrevistados/as .....	64
Diagrama N°1: Significados Atribuidos a las Prestaciones Recibidas por Parte de la salud mental .....	71
Diagrama N°2: Significados Atribuidos a la Sanación Esotérica .....	72
Diagrama N°3: Sintomatología Negativa.....	74
Diagrama N°4: Diagnósticos formulados por parte de la salud mental.....	85
Diagrama N°5: Experiencia con los profesionales de salud mental.....	88
Diagrama N°6: Experiencia con tratamiento psicofarmacológico .....	94
Diagrama N°7: Procedimiento Parapsicológico.....	121
Diagrama N°8: Búsqueda de mejoría en un método de sanación alternativo.....	138
Diagrama N° 9: Modelo hipotético-interpretativo .....	143



## I. RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo conocer los significados que un grupo de pacientes y sus familiares han establecido en torno a las prestaciones recibidas por los servicios de salud mental y al proceso de sanación esotérica, frente a experiencias descritas como posesión espiritual. El enfoque predominantemente utilizado en la investigación, es el construccionismo social, integrando al mismo tiempo, algunos aspectos de la psiquiatría clínica y la psicología transpersonal, mientras tanto la estrategia metodológica utilizada fue la Grounded Theory. Respecto de la recolección de datos, se ha preferido la entrevista semiestructurada, la cual fue realizada a diez participantes de distinto género y edades (cinco pacientes y cinco familiares).

Se ha concluido que los aspectos centrales que han emergido respecto de los significados que tanto pacientes como familiares han percibido luego de las prestaciones recibidas por parte de los servicios de salud mental a los cuales acudieron y, posterior al proceso de sanación esotérica experimentado, que la mejoría respecto de la sintomatología más aguda fue lograda con la sanación esotérica. Así mismo, las disciplinas de la salud mental, en especial la psiquiatría, son catalogadas como abordajes cuya validez se ampara en un poder fáctico. Relacionado a lo anterior, un tercer aspecto que unánimemente se desprende de lo expresado por los/as entrevistados/as es la experimentación de una gran cantidad de acontecimientos, cuya explicación comporta un desafío para los criterios científicos convencionales, adheridos a un discurso dominante coercitivo y limitado.

Al finalizar, se plantean propuestas para la articulación de diálogos entre la salud mental, las ciencias sociales y los abordajes esotéricos y/o espirituales, sustentando aquella intención en lo que Foucault denominó la *in-servidumbre voluntaria*, o el “*arte de la indocilidad reflexiva*”, respecto de la mantención de una actitud personal crítica como una práctica de resistencia y de validación de los propios juegos de verdad frente a un sistema de vida dominado principalmente por el denominado “*biopoder*” que controla el imaginario colectivo y las prácticas sociales, imponiendo criterios de verdad reducidos y excluyentes, con la finalidad de la perpetuación de ciertos intereses creados.

## II. INTRODUCCIÓN

Desde los albores de la historia de la Humanidad, la posesión espiritual siempre ha estado presente como un gran misterio, en los más diversos colectivos y contextos psicosociales. En el transcurso de todos estos siglos, el abordaje de este fenómeno ha transitado desde la trepanación en las civilizaciones más antiguas (realizar una perforación en el cráneo para, de esta forma, sacar a una eventual entidad maligna), los castigos físicos y los exorcismos, de diversa índole. Al mismo tiempo, ya sea en el mundo primitivo o en el moderno, han existido personas que refieren mantener relaciones con los “espíritus”, ya sean poseídos por estos o que sean ellos los que los dominen, como ocurre en el caso del chamanismo. Con la llegada de la psiquiatría y la psicología, los poseídos o posesos se transformaron en enfermos mentales y comienzan a ser tratados con métodos psicoterapéuticos.

Para establecer los criterios teóricos que sustentan la presente investigación, se ha elegido la concurrencia del construccionismo social o socioconstruccionismo, algunos contenidos desde el esoterismo y una selección de aspectos desde la psicopatología, particularmente en lo que atañe a la esfera del trastorno de identidad disociativo. Desde la psicología transpersonal, se han incluido los postulados de Ken Wilber, fundamentalmente aquellos relacionados con el entrecruce de los conceptos de ciencia y religión y a Stanislav Grof, fundamentalmente sus formulaciones respecto de los estados de emergencias espirituales y posesión espiritual.

La teoría sociológica y psicológica del construccionismo social o socioconstruccionismo (Berger & Luckmann, 2001), señala que los fenómenos, conceptos y prácticas adquieren un sentido natural y obvio en el contexto de colectivos humanos determinados. El construccionismo social intenta descifrar cómo las personas logran otorgarle sentido a la realidad en la que habitan. Lo anterior se sustenta en el establecimiento de que la idea del mundo que un individuo y/o colectivo humano pueda elaborar, no está condicionado por hipótesis generales, tal como postulaba el positivismo, sino que más bien, ésta se determina por la historia, el contexto social y la cultura (Gergen, 1996). La manera en que se realiza la apropiación del mundo y se negocian sus significados, guarda estrecha relación con los artefactos sociales que se intercambian entre las personas, influidos por el momento histórico en que se produce esta transacción. El proceso de apropiarse de estos conceptos no es dirigido de manera automática sino que más bien requiere de la participación de los individuos de un determinado grupo en relación. El mecanismo que obtiene como

resultado la prevalencia de una forma de comprender el mundo por sobre otra, no está sujeta a una valoración empírica sino que al devenir de los propios procesos sociales, influyendo en esta dinámica aspectos tales como los conflictos, los estilos comunicacionales y de negociación que imperen en determinado momento histórico.

Por ejemplo, la interpretación de los límites respecto de la coquetería femenina puede manifestarse rotundamente distintos en determinados momentos históricos y colectivos humanos, al comparar a las sociedades musulmanas y el occidente moderno. Las formas en que se canalizan las negociaciones respecto de la comprensión del mundo, están definitivamente articuladas con muchas actividades sociales y contextos de tamaño e interdependencia variable lo que no sólo influye en la prevalencia de ciertas creencias sociales por sobre otras, sino que también, en la alteración de descripciones que se formulan en relación a un mismo concepto. Puede ser muy distinto lo que un grupo de psicólogos cognitivo conductuales finlandeses puede decir del concepto "alma" versus lo que de éste podría expresar un grupo de indios Yanomami del sur de Venezuela.

De esta forma, el hecho de que algunas personas se perciban a sí mismas como afectadas por una sintomatología emocional negativa y encuentren validez en someterse a prácticas psicoterapéuticas y/o la creencia en una mejoría sintomatológica, luego de la extirpación de una eventual influencia espiritual maligna que los aqueja mediante un proceso de sanación esotérica, obedece precisamente, a la apropiación de una opción que está mediatizada por el contexto social en que desarrollan su existencia.

El integrar a la presente investigación una síntesis entre la ciencia y la religión, obedece en parte a la premisa de que el ser humano no puede explicarse toda su existencia únicamente desde la razón y, precisamente, tampoco puede entenderse su realidad separadamente de las personas que lo rodean ni del contexto psicosocial que lo incluye. Curiosamente, en la actualidad cuesta reconocer que el modelo científico actual, aparentemente tan desvinculado de lo religioso, hunde sus raíces en la escolástica. Al respecto, Whitehead señala: *"la fe en las posibilidades de la ciencia, engendrada con anterioridad al desarrollo de la teoría científica moderna, es un derivado inconsciente de la teología medieval"* (Whitehead, 1952). Este autor, refiere que es imposible la permanencia de la ciencia sin que exista una convicción instintiva masivamente consensuada respecto de la existencia de un *orden de las cosas* y, en particular, de un *orden de la naturaleza*. Desde la época de Hume, la filosofía científica ha negado precisamente los supuestos epistemológicos y ontológicos del modelo

científico, los cuales se relacionan con la apreciación de aquel orden natural ampliamente difundido en la edad media debido a la extensión de la lógica y de la teología escolástica.

La ciencia y la religión son formas de comprender y vincularse metafísicamente con el mundo, ya que ambas tienen como fin último una exploración acerca de los aspectos trascendentales de la realidad. A pesar de esto, se nos presenta frecuentemente a la fe y la razón en constante incompatibilidad. Llama la atención al respecto, que inclusive en la denominada “Revolución Científica,” sus exponentes más ilustres tales como Galileo Galilei, Johann Kepler, Isaac Newton y Robert Boyle eran creyentes entusiastas de la fe católica o protestante. Fueron fervientes místicos, sin saberlo o reconocerlo tan abiertamente. Por ejemplo, la obra de Newton, *Óptica y Principia Matemática* hasta finales del siglo XVIII fue impartida en Cambridge como una demostración “racional” de la existencia de Dios (De Greiff, 2004). La ciencia en la antigüedad nunca fue tan poderosa como llegó a serlo con aquellos exponentes y no pocas fueron, en consecuencia, las tentaciones de convertirla en una nueva religión positivista (que fue precisamente lo que pretendía Augusto Comte (Wilber, 2008a).

Grof ha señalado al respecto que: *“la ciencia mecanicista procura explicar incluso fenómenos como la inteligencia humana, la creatividad, el arte, la religión, la ética y la ciencia misma, como productos de procesos materiales en el cerebro. Pero la probabilidad de que la inteligencia humana haya surgido del limo del océano primordial y alcanzado su estado actual solamente por procesos mecánicos aleatorios, ha sido comparada con la probabilidad de que un tornado soplara sobre un gigantesco depósito de chatarra y armara por accidente un avión jumbo 747”* (Grof, 1991, p. 8).

Si fuera posible en la actualidad llevar a cabo una integración “sin trampas”, es decir, sin forzar ni deformar la religión ni la ciencia hasta el punto de tornarlas irreconocibles, se podría llevar a cabo la reconciliación de los aspectos más positivos de la sabiduría premoderna, con las facetas más brillantes del conocimiento moderno, unificando así la verdad y el significado, de un modo que hasta el momento, ha sido históricamente eludido (Wilber, 2008b). Durante el siglo recién pasado Albert Einstein, uno de los máximos exponentes de la ciencia de todos los tiempos dijo: *“La palabra “religiosa” es la que mejor expresa esta confianza en la naturaleza racional de la realidad y su peculiar accesibilidad para la mente humana. Cuando no existe esta confianza, la ciencia se convierte en algo carente de inspiración. Que se preocupe el*

*demonio si los curas se aprovechan de esto. No se puede remediar”* (Einstein, 1956 en Stanley, 1990).

En consecuencia, un estudio acerca de personas que frente a la experimentación de determinada sintomatología psicológica negativa, junto con recurrir a un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico también decidan colocarse en manos de alguien que les practique algún tipo de sanación esotérica, ya que ellos y/o sus familiares creen que su malestar psíquico y/o su comportamiento puede tener relación con fuerzas espirituales, exige que el método de comprensión a utilizar implique la concepción de una síntesis epistemológica entre la religión y la ciencia.

Desde la Psiquiatría y el reducido número de investigadores que han abordado esta interfase entre posesión y salud mental, se encuentra el Dr. Ralph Allison, uno de los primeros autores de prestigio en señalar que algunos casos rotulados en primera instancia como personalidad múltiple, corresponden más bien a posesiones espirituales. En su libro *“Minds in Many Pieces: Revealing the Spiritual Side of Multiple Personality Disorder”* de 1999, da cuenta de algunos de estos casos y todos los acontecimientos que estuvieron involucrados. También en el 2005, M. Scottt Peck, un psiquiatra con formación en la Universidad de Harvard, publica su libro *“Glimpses of the Devil: A Psychiatrist’s Personal Accounts of Possession, Exorcism, and Redemption”*, texto en el cual este autor describe diversos casos de posesiones demoníacas y el exorcismo que se efectuó para ayudar a las personas que las padecieron. Tanto Allison como Peck han establecido que Satanás y las entidades denominadas como demonios, son reales y además pueden estar vinculadas a diferentes acontecimientos psicopatológicos. Cabe señalar que, a pesar del reconocimiento que se les confería a estos autores por su destacada trayectoria hasta antes de estas investigaciones, la publicación de las mismas trajo como consecuencia, una reacción negativa por parte de la mayoría de sus pares y seguidores, “excomulgándolos” de los eventos académicos formales.

Así mismo, dentro del cuerpo de conocimientos que aún continúan aunando el máximo consenso de la comunidad científica internacional, es posible contar con el establecimiento de las categorías diagnósticas de la nosología psiquiátrica, con referencias a cambios de niveles de conciencia y sus repercusiones psicopatológicas y culturales. En este sentido, los así denominados trastornos de trance y posesión, organizados en el grupo de los trastornos disociativos o de conversión, constituyen un

ejemplo clásico de respuesta por parte de la salud mental, frente a la existencia de la posesión.

El concepto de disociación ha sido definido por Putnam (1993 citado en Gabbard, 2002) *“como un proceso que produce una alteración de los pensamientos, sentimientos o actos de una persona de forma que, durante un período de tiempo, ciertas informaciones no se asocian o integran con otras, como sucedería en situaciones normales”*. Por otro lado, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, como trastornos disociativos o de conversión, aparecen agrupados bajo una misma denominación todos aquellos cuadros que se caracterizan por manifestar un rasgo común consistente en la *“pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales”* (Gabbard, 2002).

Respecto de la muestra de personas que constituyeron la investigación, las edades de los pacientes oscilaron entre los 21 y los 58 años y la edad de los familiares fluctuó entre los 35 y los 51 años. Cabe mencionar que, en uno de los casos, se realizó una entrevista individual tanto al psicólogo como al médico psiquiatra tratante.

Las entrevistas fueron transcritas y, posteriormente, se construyeron los respectivos análisis descriptivo y relacional, de tal manera que la información pudiera dilucidar un modelo hipotético interpretativo que fuera explicativo de las relaciones encontradas entre las distintas categorías y el fenómeno o categoría central.

Las limitaciones de la investigación en términos **cuantitativos** guardan relación con la cantidad de personas que componen el grupo de entrevistados/as elegido, también el hecho que se cuente con el testimonio de sólo uno de los familiares y que la experiencia de sanación esotérica sólo se haya efectuado con un equipo de sanación parapsicológica. Lo anterior, obedece fundamentalmente a que en el presente estudio se ha privilegiado la profundidad del análisis de las entrevistas por sobre el número de participantes, tal como lo establecen los postulados **cualitativos** de la Grounded Theory, que es la metodología investigativa utilizada en este proyecto.

Las principales proyecciones del estudio se orientan por una parte a la generación de un diálogo en torno a los temas fronterizos entre la salud mental y el ámbito de lo esotérico y/o espiritual y, por otra, a la estimulación de posteriores investigaciones que permitan contrastar y profundizar los resultados obtenidos.

## **2.1. Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los significados otorgados a las prestaciones recibidas por los servicios de salud mental y al proceso de sanación esotérica, por parte de un grupo de pacientes y sus familiares, frente a experiencias descritas como posesión espiritual?

## **2.2. Objetivos**

### **2.2.1. Objetivo General**

Conocer los significados otorgados a las prestaciones recibidas por los servicios de salud mental y al proceso de sanación esotérica, por parte de un grupo de pacientes y sus familiares, frente a experiencias descritas como posesión espiritual.

### **2.2.2. Objetivos Específicos**

- Describir y explicar los significados que los pacientes le otorgan a las prestaciones recibidas por parte de los servicios de salud mental y al proceso de sanación esotérica, frente a experiencias descritas como posesión espiritual.

- Describir y explicar los significados que los familiares le otorgan a las prestaciones recibidas por parte de los servicios de salud mental y al proceso de sanación esotérica, frente a experiencias descritas como posesión espiritual.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Sobre el enfoque Postmodernista y su influencia en el Construccinismo Social

##### 3.1.1. Postmodernismo; escenario del Construccinismo Social

En su versión más asequible, postmoderno significa una crítica, no una época. Implica un punto de inflexión como una epistemología que se aparta radicalmente de la tradición moderna y más bien cuestiona cualquier fuente de verdades unívocas, respecto de los más variados aspectos de la realidad (Anderson, 1999). En cierto modo, el postmodernismo se encarga de generar una encrucijada y al mismo tiempo una instancia en que puedan concurrir por igual, tradiciones similares y diferentes.

Si bien sus raíces pueden encontrarse en el pensamiento existencialista tardío, el postmodernismo no logró reconocimiento sino hasta alrededor de 1970, con el cuestionamiento de la postura modernista respecto de la concepción de una realidad objetiva, la cual ha dominado la cosmovisión occidental (Anderson, 1999). Desde el renacimiento, las elites intelectuales creían que la razón y la lógica desentrañarían al fin el misterio del Universo y la Humanidad, cimentándose esencialmente desde el siglo XVII con la astronomía y sus celebres hallazgos desde Newton, pasando por la teoría de la evolución de Darwin hasta la relatividad de Einstein (Anderson, 1999). La teoría freudiana se enmarca en el mismo cause, al punto de que la exploración de la infancia como origen de un malestar psicológico sigue constituyendo la poderosa suposición de que a través de este método, la personalidad actual de un entrevistado podrá alcanzar un estado más favorable (Geymonat, 2006). De esta forma, la modernidad y la inmensa mayoría de sus disciplinas del conocimiento, se hicieron por así decirlo, tan obvias, que dejaron de ser visibles: se convirtieron en verdades “*dominantes*” o “*hegemónicas*” (Anderson, 1999; Foucault, 2008a).

La ironía es uno de los rasgos característicos de la modernidad y la post modernidad. Los primeros postulados de Foucault, por ejemplo, se enfocan en la ironía de la ilustración y Kierkegaard hizo de ella su tesis (respecto del concepto de la ironía), y llegó a la conclusión de que la modernidad es el resultado de un proceso que está atrapado entre dos cosmovisiones, una ya agonizante y la otra luchando todavía por nacer, a propósito de la época premoderna y el postmodernismo (Wilber, 2007; Foucault, 2008b).



Una característica clave del postmodernismo, es no estar representado por un autor en particular ni por un concepto unificado de teorías y praxis, sino más bien corresponder a un coro polifónico de sonidos relacionados y cambiantes en los que cada uno expresa una crítica respecto del modernismo y su ruptura frente a éste (Anderson, 1999; Payne, 2002). El pensamiento postmoderno, a menudo ligado al postestructuralismo, y usualmente vinculado a los escritos de los filósofos Mijaíl Bajtín, Jaques Derrida, Michael Foucault, Jean-Francois Lyotard, Richard Rorty y Ludwig Wittgenstein, representa ante todo, un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo incuestionable (Anderson, 1999; Payne, 2002; Papineau, 2011). Los postmodernistas han puesto también en relieve, que la interpretación no sólo es esencial para comprender la realidad, sino que ésta permite, más bien, una característica inherente a la misma estructura del Universo. Los acontecimientos internos no pueden ser vistos de un modo externo u objetivo, sino sólo a través de la introspección y la interpretación (Wilber, 2008a).

Los seres humanos somos seres que permanentemente estamos interpretando la realidad en la cual estamos inmersos. Existe una constante dinámica entre la experiencia que vivimos, cómo la interpretamos y lo que sentimos al respecto. Además, esta interpretación surge dentro de un marco de inteligibilidad, que nos sirve de contexto y nos permite atribuir significado a los acontecimientos. Este marco de inteligibilidad la constituyen aquellas versiones que precisamente nos contamos acerca de lo que percibimos que ocurre en nosotros mismos. Los significados que se deducen de este proceso de interpretación no son inocuos, sino que más bien determinan cada acto que realizamos en nuestra existencia. Vivimos en correspondencia con las versiones que construimos respecto de nuestras vidas (White & Epston, 1993).

Las afirmaciones del estilo de *“ésta ha sido mi experiencia”* o *“ésta son mis creencias, y aquí están mis razones para sostenerlas”* son compatibles con la perspectiva postmoderna. El postmodernismo no aplasta la creencia, la convicción o la postura moral: sólo les pregunta los *“por qué”*. La respuesta puede incluir contenidos que hayan sido reexaminados, desmenuzados y reconstruidos. Esta postura escrupulosa y escéptica de las viejas verdades se ha denominado deconstrucción (Derrida, 1998). El principal parámetro es nuestra experiencia personal, lo cual es para el postmodernismo lo único que podemos conocer realmente (Anderson, 1999).

Para el postmodernismo, la existencia resulta ser demasiado lábil, única, polifacética, incierta y compleja como para que se puedan establecer “*conclusiones*” de ella mediante el “*conocimiento experto*”, ya sea vista a través de la economía, la sociología, la psicología, la antropología, o cualquier disciplina autoimpuesta. En el mejor de los casos, podemos formar hipótesis imposibles de comprobar, pues ningún instrumento de investigación podría considerar la miríada de factores involucrados en cada fenómeno (Payne, 2002).

Los exponentes del postmodernismo no están en contra de la investigación rigurosa, pero han preferido manifestarse distantes respecto de afirmaciones que intenten retratar lo “*real*” en el marco de verdades “*incuestionables y universales*”, distante de los conocimientos concretos y específicos de la vida cotidiana (Payne, 2002; Anderson, 1999). Para los pensadores postmodernos, el “*conocimiento local*”, del cual las personas derivan su experiencia y la sistematizan formando narrativas, es tan genuino y digno de respeto como el “*conocimiento experto*” (Clifford Geertz citado en Payne, 2002). En consecuencia, el postmodernismo subraya el hecho de que es imposible tener un conocimiento experto de la realidad y lo verdadero, dado los inconmensurables factores involucrados en la existencia, e invita más bien, a una apertura y permanente reinvencción de lo que es posible considerar como lo verdadero (Payne, 2002; Anderson, 1999; Wilber, 2008).

### 3.1.1.1. Verdades del Postmodernismo

En opinión de Wilber (2005; 2008a), las siguientes afirmaciones son parte esencial de los postulados que definen al postmodernismo:

1. La realidad es en muchos sentidos, una construcción (lo que explica la apelación al constructivismo con el que, en muchas ocasiones, suele ser vinculado este punto de vista) o una interpretación; la creencia de que la realidad no es algo parcialmente construido, sino más bien un dato, lo que ha sido denominado como el “*mito de lo dado*”.
2. Todo significado depende del contexto y los contextos son ilimitados (un aspecto que suele ser denominado contextualismo).
3. La cognición, en consecuencia, no es privilegio de ninguna perspectiva concreta (aperspectivismo integral).

Frente al hecho de que todo significado dependa del contexto, el ejemplo de la palabra “*corteza*” resulta ilustrativo. La frase “*corteza de un árbol*” tiene un significado bastante distinto a la frase “*corteza cerebral*”. En efecto, cada significado se instala en interminables e ilimitados contextos los cuales a su vez se encuentran insertos en

esquemas de la realidad más vastos, sin que exista la posibilidad de determinar ningún extremo inferior o superior. Incluso el mismo Universo actual no es más que una parte del próximo momento del Universo. Cada totalidad es simultáneamente, parte de otra totalidad superior, indefinidamente (Wilber, 2005, 2007, 2008a).

El contextualismo, la interpretación y la hermenéutica en general, emergieron en el devenir de la historia de la filosofía en lo que se ha denominado el “giro lingüístico”, que se vincula con aquella noción de que el lenguaje no constituye una simple representación de un mundo preexistente, sino que también se relaciona con la creación y la construcción de este mundo. Así pues, con este giro lingüístico -que comenzó aproximadamente en el siglo XIX- los teóricos dejaron de utilizar el lenguaje para describir el mundo y comenzaron a prestar atención al lenguaje mismo. En muchos sentidos, el “giro lingüístico” es simplemente otro nombre para la gran transición que se llevó a cabo desde el modernismo hasta la postmodernidad (Fann, 1975; Wilber, 2008a).

Wilber (2005; 2008b), señala que para la integración de todos los tipos de conocimientos valiosos -por ejemplo, lo mejor de los mundos premoderno, moderno y postmoderno-, es preciso considerar con mucho detenimiento lo que la lingüística postmoderna nos ha entregado para nuestra comprensión de la realidad, considerando que la integración de la ciencia y la religión es un camello que de una u otra forma debe pasar el ojo de la aguja postmoderna (el constructivismo, el contextualismo y el aperspectivismo integral), cuya aparición se gesta con el giro lingüístico. En este sentido, se creía con anterioridad, que la ciencia -como todo conocimiento verdadero- constituía un caso de representación exacta de la realidad, de un mapa exacto de todo lo existente, pero como pronto diría Wittgenstein, “somos nosotros quienes cartografiamos el mundo empírico” y, si las imágenes se corresponden con el territorio, tenemos la verdad (Fann, 1975; Wilber, 2008a).

El hecho de que todo significado dependa del contexto, nos exhorta al establecimiento de un abordaje multiperspectivista de la realidad. Considerando que cualquier perspectiva singular probablemente adolezca de parcialidad, limitación y hasta distorsión, el avance fructífero del conocimiento, sólo será posible asumiendo perspectivas múltiples las cuales existen en contextos múltiples. Esta diversidad es la tercera y gran verdad del postmodernismo general (Wilber, 2005; Gergen, 2007).

### 3.1.1.2. *Verdades dominantes*

Payne (2002), refiere de esta manera a todas aquellas ideas catalogadas por el postmodernismo como parte del discurso dominante, el cual forma parte del modernismo. Éste sigue siendo la manera de pensar predominante en la mayoría de los contextos del saber. Quizás la cosmovisión de la gran mayoría de los seres humanos incorpore todavía las siguientes verdades dominantes “modernistas”:

- Causa y efecto son universales y cognoscibles.
- Existe un mundo real de fenómenos estables e independientes de la observación humana.
- La realidad física tiene una naturaleza verdadera pero que permanece oculta a la vista.
- Los seres humanos son capaces de comprender esta naturaleza a través de la observación objetiva.
- El lenguaje plasma y hace alusión a la realidad.
- Las distintas realidades solo pueden ser comprendidas y expresadas a cabalidad por “expertos” con habilidades particulares.
- La historia del avance del conocimiento, se debe precisamente a la existencia de personas con habilidades extraordinarias y solo a través de ellas es que la Humanidad puede continuar “descubriendo” la naturaleza de la realidad física y biológica.
- La profundidad, el misterio y la inaccesibilidad del conocimiento es algo característico para el común de las personas.
- La gran cantidad de descubrimientos que se han realizado y todo el esfuerzo desplegado, indica que en algún momento alcanzaremos un estado de conocimiento total o casi total de la realidad.
- De igual forma, como se han elaborado métodos para descubrir las inaccesibles verdades biológicas y físicas, existen otros similares para comprender el funcionamiento psicológico individual y colectivo.
- La mayoría de las personas no comprende ni valora las nuevas formas de expresión artísticas tachándolas de enigmáticas y excéntricas, razón por la cual, se requiere de expertos que realicen una interpretación de las mismas.

La perspectiva del construccionismo social es postmoderna en tanto que, aunque sigue siendo una teoría, niega la posibilidad de “saber” algo sobre las personas por medio de lo teórico. Es también postmoderna, por su interés en la

naturaleza cambiante, múltiple, compleja e interactiva de la vida humana (Payne, 2002; Elkaim, 1994).

### 3.1.1.3. Surgimiento del Construccionismo Social

El construccionismo social se remonta al trabajo de los sociólogos Berger y Luckmann (2001), cuya obra icónica *“La Construcción Social de la Realidad”*, expone una dialéctica entre perspectivas individuales y procesos sociales. Pone de relieve la naturaleza social del conocimiento y, en consecuencia, una multiplicidad de interpretaciones posibles. A modo de muestra, estos autores señalan que el psiquiatra que manifiesta algo de sensibilidad respecto de los diversos contextos socioculturales y de la forma como estos impactan en las condiciones psicológicas, debiera obtener conclusiones muy distintas sobre un individuo que señalara que puede hablar con los muertos, según este provenga de Nueva York o de la campiña de Haití, considerando que el estado psicológico se definiría por el ámbito social que corresponde a la persona y donde ésta desarrolla su cotidianeidad (Berger & Luckmann, 2001).

Al igual que, por ejemplo, una teoría psicológica que plantea la posesión demoníaca, probablemente no sería adecuada para interpretar los problemas de identidad de los intelectuales judíos de clase media en la ciudad de Nueva York, la energía libidinal que plantea el psicoanálisis también podría ser inadecuada para la interpretación de una experiencia descrita como vudú por una familia de la campiña haitiana. Lo cierto es que ni los dioses y demonios vudú, ni la energía de la libido pueden existir fuera de sus determinados contextos sociales. Los campesinos de Haití están poseídos y los intelectuales de Nueva York son neuróticos, sosteniendo que los individuos nacidos en determinados días del mes tienen probabilidades de ser poseídos, o que los individuos que tienen madres dominadoras puede que sean neuróticos. Esta verificación puede ser realizada tanto por los que participan en cada una de las dinámicas ejemplificadas, como por los que observan desde fuera la situación social en cuestión. Un etnólogo haitiano puede descubrir empíricamente la neurosis de Nueva York, así como un etnólogo norteamericano puede corroborar empíricamente la posesión vudú (Berger & Luckmann, 2001).

Cada uno de los autores que se enfocan en el construccionismo social ofrecen su propia versión del mismo (Anderson, 1999). Para la presente investigación, tendrá particular relevancia lo expresado por Kenneth Gergen, catalogado por muchos como el principal representante del movimiento, el cual define a la construcción social como una indagación que pretende discernir los procesos por los cuales los seres humanos

explican y dan sentido a su experiencia vital, que al mismo tiempo, tiene lugar en un momento histórico y de intercambio social y comunitario específico. De igual modo, el grado en que un dar cuenta del mundo o del yo se sostenga a través del tiempo, no depende de ninguna validez objetiva en cuestión, sino más bien de las vicisitudes del proceso social, mismo intercambio que explica la significación del lenguaje en los asuntos humanos (Gergen, 2007).

### 3.1.2. Acerca del concepto de “Significado”

Los seres humanos aprehenden los significados de la cultura, desarrollan y construyen sus subjetividades en la interacción social y geohistoricocultural (Chávez, 2003). En esta interacción social, es que el sujeto se hace consciente de la existencia de los otros y de la cultura como productos y como formas de vivir juntos, desde la más temprana infancia. Según Chávez (2003, p.4):

*“La actividad psicológica del niño se forma bajo la influencia, por una parte, de las cosas que lo rodean, cada una de las cuales representa la historia materializada de la vida espiritual de centenares de generaciones y, por otra parte, del rededor, por las relaciones que el niño tendrá con él. Al nacer, no es una persona autística que sólo en forma gradual entrará en la cultura; desde el principio mismo de su vida, es tomado por la red de las influencias culturales, y sólo en forma progresiva ha de distinguirse como criatura independiente, cuyo mundo espiritual continúa siendo socialmente modelado”.*

El niño inmerso en la cultura, adquiere las características físicas del medio y los significados culturales de manera natural, entonces, el desarrollo del individuo y la construcción de su subjetividad e identidad se encuentran mediados por el contexto social y cultural, tanto de la familia, la escuela y medios de comunicación que transmiten informaciones, valores y concepciones ideológicas como parte de la cultura dominante. Según Chávez (2003) *“en el intercambio simbólico, el lenguaje es fundamental como herramienta para la comunicación, la transmisión de la cultura y de las ideologías que perpetúan las desigualdades sociales (género, clase, etnia y otros)”* (p.4). Gergen (2007) por su parte, señala que la teoría hermenéutica es fundamental para la dilucidación del significado, considerando que un constructo teórico abocado a la interpretación del texto, debe considerar un método por el cual se pueda conocer en profundidad el impulso intencional de y desde el hablante.

Por su parte, Vygotsky, propone tres tesis psicológicas que hacen referencia a los Procesos Psicológicos Superiores (PPS), involucrados en todo este proceso de apropiación de los significados (o mediadores simbólicos). De ellas, la primera expresa que los PPS tienen un origen histórico y social. La tercera trata de que los instrumentos de mediación cumplen un papel importante en la constitución de éstos (Wertsch, 1995; Vigotsky, 1995).

Considerando que el significado es un fenómeno del lenguaje, y éste es parte de los PPS, el significado de la palabra, a su vez, conforma la unidad de pensamiento verbal que expresa un concepto constituyente, un acto intelectual, que por lo tanto tiene un origen histórico y social, donde los elementos de mediación cumplen un rol relevante en su construcción (Wertsch, 1995; Vigotsky, 1995).

Se entiende, que los mediadores culturales modifican al sujeto y, a través de éste, al objeto. Por otra parte, se puede señalar que los mediadores simbólicos o significados, para Vigotsky (1995), provienen del medio social externo, y que éstos han de ser asimilados e interiorizados, en donde el contexto está constituido por los objetos y personas que median la interacción de la persona con los objetos. Lentamente, cada vez más, su aprendizaje es mediado por el lenguaje, en especial el aprendizaje del conocimiento cultural. Los niños adquieren al inicio, gran parte del conocimiento cultural mediante el habla (conversaciones con sus padres, familia extendida, grupo de pares, medios de comunicación, medio escolar, etc.) (Wertsch, 1995; Vigotsky, 1995). Así, el conocimiento es producto de la interacción social y de la cultura, concibiendo al sujeto como un ser inminentemente social (Wertsch, 1995).

Para Vygotsky, cada proceso en el desarrollo de funciones mentales superiores se produce dos veces; primero, a nivel social, y luego, a nivel individual; entre las personas (interpsicológico) y luego dentro del niño (intrapsicológico). El colocar en relieve la relacionalidad intersubjetiva, sigue teniendo plena vigencia en el interaccionismo simbólico (Kaye, 1982 & Youniss, 1980, citados en Gergen, 1996).

La mayoría de las interacciones que la persona establece con el mundo ocurren en un contexto simbólico preexistente a causa de la cultura humana, a partir de cada experiencia, construyendo “categorías y relaciones de significado que son producto de la historia cultural humana”. En este sentido, para Bruner (1989), *“la cultura es un foro, donde se negocian y renegocian los significados. A la vez, es el espacio en donde se*

*explican las acciones, siendo también un conjunto de reglas o pautas para la acción”* (p. 198).

Las personas alcanzan una identidad personal y un concepto del nosotros, a través de la utilización de un diálogo intra e intersubjetivo (configuración narrativa), dándole coherencia y desarrollo a una historia singular que busca dar sentido a la existencia del individuo, a partir de los acontecimientos vitales construidos y reconstruidos constantemente, *“en una unidad histórica, que incluye, no sólo lo que uno ha sido, sino también previsiones de lo que uno va a ser”* (Polkinghorne, 1998 citado en Bruner, 1991, p. 114). Para comprender al ser humano, sus experiencias y sus actos, es necesario precisar que están moldeados por estados intencionales (la acción basada en creencias, intenciones, deseos o compromisos morales), y estos se configuran por medio de la participación en sistemas simbólicos de la cultura (Bruner, 1991).

El estilo de vida, adaptado culturalmente, dependería precisamente, de los significados y conceptos compartidos, así como también del discurso en común para negociar las diferencias de significado e interpretación (Bruner, 1991). Según el autor, estas interpretaciones dependen de quienes las elaboren, configurando entonces, una representación mediadora del mundo y de acuerdo a las cosas que le son significativas, estableciendo una relación entre signo y referente cultural.

Los sujetos se ven a sí mismos de una manera más o menos consciente, como los ven otros, así como también se dirigen inconscientemente hacia sí mismos como los otros se dirigen a ellos. *“La consciencia no es necesaria para la presencia de la significación en el proceso de la experiencia social. El mecanismo de la significación está, de tal manera, presente en el acto social, antes de que ocurra la emergencia de la consciencia”* (Mead, 1982 p. 116). El proceso de la experiencia social en tanto, implica comunicarse y es de alguna forma responsable del surgimiento de elementos nuevos en el ámbito de la experiencia de los individuos insertos en el proceso de comunicación (Mead, 1982).

Para el presente estudio se entenderá que: *“el significado es un logro conjunto. Nuestras acciones nunca son independientes, sino que adquieren su propia inteligibilidad como acciones en virtud de otros con los cuales estamos o hemos estado implicados”* (McNamee, 1997, p3). *“Esta vinculación se elabora entre*



*significados que son individuales y al mismo tiempo, son compartidos a través de un colectivo de relaciones” (Quiñones, 2003, p.1).*

### 3.1.3. Profundización en los fundamentos del Construccinismo Social

Se considera pertinente proseguir esta exposición teórica, con la apreciación un tanto más detenida respecto de los temas imprescindibles del construccionismo social, los cuales constituyen una plataforma que alberga los discursos no dominantes o también denominados de negación, tal como lo configuran desde sus enclaves marginales, la parapsicología e inclusive aquellos enfoques de la psicología cuya orientación sea de carácter espiritual y/o existencial, otorgándoles la misma validez que cualquier juego de verdad, contextualizado en una forma de vida que alberga su propia coherencia, más allá del establecimiento de verdades hegemónicas como las que históricamente se han implantado al alero de discursos dominantes, como por ejemplo la salud mental, con una particular alusión al modelo médico psiquiátrico.

Es clave tomar conciencia de que el construccionismo social, ya sea concebido como una teoría o como un conjunto de ideas, no pertenece a ningún individuo en particular. Es preciso considerarlo como un compuesto que permanentemente permite que broten nuevos diálogos, nuevas condiciones y nuevas conversaciones. En consecuencia, ya que no se trata de algo concluido y estático, la inyección de nuevas ideas es algo que el construccionismo social no sólo concibe sino que además estimula, permitiendo que éste se mantenga en una constante reinención (Gergen, 1996).

Para comprender las bases que sustentan al construccionismo social, Gergen (2010) ha formulado las siguientes tres proposiciones, las cuales explican la posición epistemológica de este modelo:

- Primera proposición: *“Sea lo que fuere esto, no hay requerimientos para como hablar de ello”*. Supóngase por ejemplo el caso de una botella plástica con agua. Nos insta a una posición en que podrían utilizarse múltiples lenguajes para referirse a ella. El tratar al objeto en cuestión, como *una botella de agua*, es tomar una de muchísimas opciones. De todas formas, es preciso reconocer una gran tendencia a limitar y/o a encauzar el rango de lo que podríamos decir acerca de un objeto como este.
- Segunda proposición: *“El objeto no será demandado por la cosa en sí”*, sino que aquello será estimado a partir de un grupo de relaciones de las que forma parte cada persona, algo así como una tradición, una comunidad a la que

pertenezca. Siguiendo con el mismo ejemplo de una botella plástica con agua, en el contexto de la química ésta implicaría que el interés recaería precisamente, en la composición química tanto del envase como del líquido que tienen en su interior. Si el contexto se relacionara con la historia del arte, la focalización se produciría en torno a los aspectos históricos del diseño de la botella, como un objeto que forma parte por ejemplo, de la historia del diseño moderno. Si la persona que aprecia la botella con agua fuera un ambientalista, establecería que al fabricarla se comete un acto de degradación para nuestro medio ambiente. Efectivamente, algo tiene un significado para nosotros, en tanto nace como concepto en determinada comunidad. Todo lo que es real para nosotros, aquello que es importante, guarda relación con un espacio contextual y relacional construido socialmente.

- Tercera proposición: Cualquier construcción, cualquier perspectiva que una persona elija, va a traer consigo algo que llamamos valores. No existe construcción del conocimiento alguno cuyo valor sea neutral. Aquello que valoramos, también implica explícita o implícitamente algo que queremos llevar a cabo con el objeto y/o concepto; nos sitúa en la posición de establecer qué es lo que vale o qué es lo que no vale. Continuando con el mismo caso, si realmente lo que nosotros quisiéramos fuera construir una forma de religión, una botella con agua podría eventualmente constituirse como un elemento sagrado, es decir, sería valioso en tanto sus propiedades divinas. Podríamos de hecho, rendirle homenaje y bañarnos con ella en ceremonias de bautismo. Lo anterior demuestra que todas las descripciones traen consigo distintas formas de vida. En una red de interacciones humanas, ciertas cosas valen y otras no, del mismo modo que todo lo anterior trae consigo una lógica que es excluyente. Por ejemplo, si un objeto o concepto es adorado en determinado contexto social, no podrá ser, al mismo tiempo, catalogado allí como una abominación.

Gergen (2010), también enfatiza que para lograr elaborar cualquier constructo científico, necesitamos precisamente, estar de acuerdo con una determinada comunidad, tal como por ejemplo ocurrió para la definición de cuáles serían los elementos químicos. Otro aspecto clave a considerar, es que aunque la ciencia haga predicciones, no significa que los términos científicos sean verdaderos y/o incuestionables. No quiere decir que sean objetivos. De hecho, no significa que la naturaleza del objeto requiera de tal o cual denominación, ya que justamente se trata

de términos que han sido utilizados y creados en un acuerdo establecido. Dentro de una comunidad, uno puede tener una ciencia donde declarar una verdad, pero declarada siempre con una “v” minúscula.

Articulado con lo anterior, la filosofía, la psicología, el ambientalismo, el esoterismo y la química, son ejemplos de lo que para Wittgenstein podrían implicar diferentes tipos de juegos de lenguaje o juegos de verdad (Foucault, 1996). Como muestra el deporte del fútbol, el cual corresponde a una forma de vida contenida en su propio mundo de valores, existe toda una serie de códigos y esquemas de significado que sólo tienen valor y sentido para quienes ingresen en este ámbito. Es así como los juegos de lenguaje le otorgan sentido a los diversos dominios de existencia y permiten conocer tanto qué es un gol o una posición de adelanto, como así también, el cálculo del tiempo que un cometa tarda en pasar cerca del planeta o saber si las brujas existen (Gergen, 2010).

Gergen (2010) subraya que cuando se hace alusión a los juegos de lenguaje que sirven de escenario y plataforma para la negociación y renegociación contextualizada de significados, es el entramado social más inmediato el que cobra mayor relevancia. *“En el construccionismo social las relaciones sociales son fundamentales y al hablar de relaciones sociales se hace alusión a los amigos, a la familia, a quienes nos quieren y se preocupan de nosotros. Las relaciones sociales son la idea central y para la mayoría de los construccionistas esto es algo fundamental”* (Gergen, 2010).

El construccionismo social, señala que no es nuestro deber comprobar la verdad de, o la objetividad en los juegos de lenguaje o de cualquier aspecto del conocimiento y de la realidad. Este modelo corresponde más bien a una forma de orientarse en la vida (Gergen, 2010). Es una forma de acercarse a todas las declaraciones o formas de vida, como construcciones y como personas insertas en relaciones que tienen algún tipo de valores compartidos. Por ejemplo, frente al concepto de muerte, existen las más variadas perspectivas al respecto. Éstas transitan desde la concepción de la muerte como un irremediable fin, hasta situarlo como un paso hacia otro estado de la existencia, incluyendo la posibilidad de la reencarnación o llegar a otra dimensión del espacio-tiempo. El construccionismo social es una forma de hablar, una forma de mirar las cosas. Lo que precisamente no hace *a priori* es eliminar ninguna perspectiva en particular. En consecuencia, no elimina aspectos que guarden

relación con la ciencia ni tampoco a los que se vinculen con temas teológicos (Gergen, 2010).

Tiene particular cuidado con la consideración de la multiplicidad de miradas y experiencias posibles y de cómo conciliarlas mutuamente. Lo anterior implica un debate muy importante pensando de cara al futuro y cómo poder suavizar las diferentes aristas creadas desde perspectivas tan diversas, las cuales parecen multiplicarse con el paso del tiempo y de las vicisitudes de la historia de la Humanidad (Gergen, 2010).

Kenneth Gergen (2010), también ha planteado tres líneas argumentativas (argumento de la crítica, argumento de la teoría literaria y argumento de la línea crítica o trasfondo), que sustentan el construccionismo social, cuyo objetivo más importante es el de derribar cualquier tipo de autoridad que se declare como superior.

#### 3.1.3.1. *Argumento a la crítica*

En primera instancia, esto guarda relación con un cuestionamiento acérrimo al capitalismo como una ideología que sustenta los discursos dominantes. También se incluye aquí una crítica hacia la opresión, al mismo tiempo que una defensa respecto de todas aquellas minorías segregadas, ya se sea que éstas se relacionen con la causa feminista, las minorías étnicas y sexuales, como también de aquellos discursos no dominantes de sanación, alternativos a la medicina y la psiquiatría tradicional.

En este sentido, Michel Foucault, reviste una piedra angular de este propósito y quizás su frase más importante sea *“saber es poder”* (Foucault, 1996; Castro, 2008). Cualquier declamación una vez que se vuelve cierta para una persona, comenzará a tener poder sobre ella. Lo anterior guarda relación con el término *“cuerpo dócil”* de Foucault, concepto acuñado por este autor para referirse a la condición humana frente a una estructura de poder que domina la existencia, desde los más diversos ámbitos. Se precisa reconocer previamente que el hombre es un dibujo de nuestra configuración epistémica, que representa un determinado momento histórico del pensar donde se anudan sujeto y objeto del saber en una misma figura (Castro, 2008).

Así lo evidencia la formulación de su hipótesis: *“En toda sociedad la producción del discurso está a su vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el*

*acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad*” (Castro, 2008, p. 110).

Deleuze (citado en Castro, 2008), sostiene que *“los dispositivos foucaultianos aluden a las máquinas conceptuales respecto de las cuales los discursos dominantes se apropian de lo que es posible enunciar y practicar socialmente”* (Castro, 2008, p. 112). Según Foucault el *“dispositivo es una configuración que abarca tanto lo explícito como lo implícito del lenguaje y la realidad, abarcando un conjunto extremadamente variado de aspectos discursivos, arquitectónicos, legales, científicos, administrativos y morales”* (Castro, 2008, p. 111).

En el presente estudio, se trata fundamentalmente de resaltar aquellos dispositivos relacionados con la dialéctica del saber-poder en el modelo médico-psiquiátrico, considerando por ejemplo que ya en su obra *La Historia de la Locura*, Foucault invalida la idea de que exista algo que, en términos esenciales, pueda llamarse enfermedad mental (Foucault, 2008a). Lo anterior, combina una actitud escéptica del autor junto con la afirmación de que al igual que en otros ámbitos (como el carcelario y sexual), en la salud mental han prevalecido ciertos juegos de verdad, discursos y prácticas que determinan la construcción de ciertos modelos de la realidad. *“Tales estructuras, al igual que en otros ámbitos, guardan relación con estrategias que se han elucubrado a lo largo de la historia y que al mismo tiempo, se encuentran en permanente transformación”* (Castro, 2008, p.182).

Históricamente, la incorporación de la medicina al dispositivo biopolítico, ha sido precisamente la causa de un desarrollo acelerado de la misma. En efecto, durante el siglo XX hemos sido testigos respecto de cómo se ha producido un desbocado proceso de medicalización, al mismo tiempo que una profundización del culto a la *“somatocracia”*, la cual se ha enquistado en el imaginario colectivo desde el siglo XVIII. Según Foucault (2008a), es el cuidado del cuerpo, la salud física y la inquietud por la enfermedad, lo que este culto impuso en las sociedades como valores de la máxima importancia. En consecuencia, las instancias en que se aplica la intervención médica ya no se reducen a las enfermedades, los malestares o la demanda de los pacientes. Se produce más bien un *“poder autoritario con funciones normalizadoras que excede con mucho la existencia de enfermedades y la demanda del enfermo”* (Foucault, 2008b).

Este proceso contemporáneo de medicalización desmedida, supone la imposibilidad de encontrar un territorio externo a los códigos médicos e implica que éstos se relacionen incluso con la economía, considerando que ya en el siglo XVIII la medicina y la salud, irrumpen como problemas económicos que exigen una administración política de los cuerpos ya que, al fin y al cabo, los individuos comienzan a ser tratados como una fuerza de trabajo que necesita estar en buenas condiciones en pos de la producción y el comercio (Foucault, 2008b)

La propia declaración de la psicología como una disciplina científica no ocurre sino hasta la segunda mitad del siglo XIX, coincidentemente con el comienzo de su utilización con fines netamente capitalistas, a la par con el progreso de la industrialización, la consolidación de la democracia y la creciente complejidad de las estructuras sociales que necesitaron de sus aplicaciones más pragmáticas. Así, los resultados de las investigaciones de esta jovencísima disciplina, se revelaron cada vez más preciados para la medicina, para la selección de los distintos puestos de trabajo, para la readaptación de los mutilados, para la prevención y represión de la delincuencia, la recuperación de los anormales y, en particular, el perfeccionamiento de los métodos educativos, prestaciones todas ellas, orientadas predominantemente a la mantención de una buena fuerza de trabajo (Geymonat, 2006).

Sin embargo, en el siglo XX, la medicina no solamente deja de ser un instrumento del aparato económico, sino que comienza a transformarse en uno de sus principales engranajes (Foucault, 2008b; 2008c). No constituye ningún misterio que al alero de esta autoridad, ha ocurrido paralelamente, un enriquecimiento de clínicas, aseguradoras, laboratorios, farmacéuticas y de los propios médicos, los cuales al mismo tiempo, han devenido en el transcurso de la historia, desde constituir los principales agentes de la medicalización, a simples distribuidores de medicamentos, dentro del mercado del sufrimiento y de la salud prometida. (Foucault, 2008b; Castro, 2008).

En más de cien años, las disciplinas vinculadas al ámbito de la salud mental, particularmente la psiquiatría, han elaborado un conjunto siempre creciente de clasificaciones en torno a las enfermedades mentales, las que han estado en permanente articulación con el irrefrenable surgimiento de nuevos psicofármacos y de las también ilimitadas utilidades de las compañías que los producen. Gergen (2010), sostiene al respecto, que los propios diagnósticos en salud mental han llegado a considerarse como auténticas formas de entenderse a sí mismo y no como el

constructo artificial que en realidad son. El autor señala que, ciertamente, las categorías más bien “acorralan” y “asfixian”. Es así como nos hemos vuelto “víctimas” de un sistema de categorías que se expande, lo que ha implicado que en la actualidad sea al mismo tiempo cada vez más fácil caer en la categoría de “enfermo mental” y por consiguiente, ingresar a la esfera de clientes consumidores de psicofármacos (Gergen, 2010).

Por el contrario, el interés de Foucault reside en instalar la idea de una pluralidad de modos de experimentarse a sí mismo, y/o de una diversidad de espacios y condiciones que hacen posible la construcción de un abanico de formas de subjetividad en donde la libertad y la política tienen un lugar para ser pensadas de otra manera (Castro, 2008).

### 3.1.3.2. *Argumento de la teoría literaria*

El lenguaje es el medio de comunicación preeminente en cualquier dominio cultural, y éste determina el punto de vista desde donde se describe y construye la visión de mundo (Bruner, 1989). De ello se desprende que *“el significado tan sólo puede comprenderse al apreciar el contexto interpersonal en el cual se expresa y por el cual está expresado”* (Bruner & Hesse, 1990, p. 83).

Los postulados de Foucault, pretenden demostrar que la teoría clásica del lenguaje se sustenta en el hecho de que todo es representación, entendiendo este concepto como el acto de nombrar. Efectivamente, desde estas claves se va a desplegar la generalidad del pensamiento de los siglos XVII y XVIII. Así lo plantea Foucault: *“hablar o escribir no es decir las cosas o expresarse, no es jugar con el lenguaje, es encaminarse hacia el acto soberano de la denominación, ir, a través del lenguaje, justo hasta el lugar en el que las cosas y las palabras se anudan en su esencia común y que permite darles un nombre”* (Castro, 2008, p.57).

Precisamente, uno de los aspectos más importantes de los llamados *“juegos de lenguaje”* de Wittgenstein es que éstos finalmente convergen en un concepto más general y mucho más trascendente: el de *“forma de vida”*, tal como ya se esbozó anteriormente (Gergen, 2010). El juego de los denominados significantes, que al mismo tiempo desembocan en el lenguaje, están totalmente imbuidos en las pautas de las acciones humanas (Wittgenstein, 1976; Gergen, 1996). Esto no sería solamente válido para la psicoterapia, sino también para curar lo que Wittgenstein caracterizó como un aspecto de la enfermedad de nuestra época: *“Nuestra incapacidad de*

*reconocer que lo extraño, lo único, lo novedoso, lo desconocido y lo extraordinario yace oculto en nuestra mundana cotidianidad*" (Anderson, 1999, p. 156).

Wittgenstein sostuvo que el lenguaje es creativo y activo, revistiendo particular importancia para él, la vinculación existente entre el lenguaje y la experiencia traducida en la construcción de sentido frente a la vida cotidiana (Fann, 1975). Rico y Ur, entre otros, se refirieron a la relación *"entre el lenguaje y la experiencia vivida"* (citado en Madison 1988, pag. 86), señalando que *"la acción y el discurso son inseparables"* y que *"el lenguaje es la manera en que vivenciamos como seres humanos lo que llamamos realidad. La experiencia expresada es experiencia que se ha asentado y convertido en algo sustancial"*. Para el autor austriaco, una experiencia no es realmente significativa mientras no encuentre un hogar en el lenguaje y, sin una experiencia vivida que lo habite, el lenguaje es una cascara vacía y sin vida" (Madison, 1988, pag 98).

La historia de la emergencia de los juegos de verdad es la historia de las formas según las cuales en un dominio de cosas, existe la posibilidad de que existan discursos susceptibles de ser llamados verdaderos o falsos. Los efectos de éstos sobre lo que es posible denominar como lo real, en un período, un área y unos individuos determinados que los definen como una experiencia posible, han tenido que sustentarse de acuerdo a Foucault (1996, p. 27), en un dominio específico: *"aquellos en los que el sujeto mismo es puesto como objeto de saber posible"*. El lado positivo de esta dinámica, tiene como implicancia que las personas seamos libres para usar múltiples lenguajes y mezclarlos para el entendimiento del mundo (Gergen, 2010).

### *3.1.3.3. Argumento de la Línea Crítica o Trasfondo*

Estos aspectos guardan relación con la teoría social y fundamentalmente, respecto de los estudios sociales de la ciencia a cargo de Thomas Kuhn (1971). En este sentido, una de las premisas fundamentales que se plantea aquí, tiene que ver con el hecho de que *"lo que sea que un científico haga, saldrá a partir de la estructura en donde ellos existen"* (Gergen, 2010). Como se ha mencionado, no existe ningún individuo u observador independiente que simplemente realice un descubrimiento de la nada. Ese observador científico, es parte de una comunidad y hará uso de las tradiciones existentes para hacer sus procedimientos. Él los llamara paradigmas. No habrá estudios sobre la cosa en sí misma, sino más bien, se producirán puntos de vista sobre una declaración previa. Uno de los temas centrales al respecto, tiene relación precisamente, con el hecho de que cualquier exploración que se realice, se



lleva a cabo desde dentro de algún paradigma. En consecuencia, para el construccionismo social no existe un paradigma que sea superior (Gergen, 2010).

Todo este trazado para la ubicación de las ciencias humanas, en el pensamiento moderno (ligadas más bien a los dominios internos), indica que éstas se hallan entregadas a una inestabilidad esencial. Aún más, Foucault argumenta, que las ciencias humanas están siempre ubicadas en un rol secundario y derivado, deudor y confusamente definido. En palabras del filósofo francés: *“Lo que las hace posibles es una cierta situación de vecindad con respecto a la biología, a la economía y a la filología (o a la lingüística), no existen sino en la medida en que se alojan en éstas”* (Castro, 2008, pag. 317). Cuando la ciencia reduccionista rechaza la validez de todas y cada una de las formas de conocimiento y comprensión interna, rechaza también su propia validez ya que la mayor parte de su evidencia se apoya en comprensiones y estructuras internas que no son proporcionadas ni confirmadas por los sentidos, tal como ocurre por ejemplo con las matemáticas y la lógica, considerando que ninguna de estas estructuras puede hallarse en el mundo sensorial empírico exterior. Si la ciencia “mecanicista” utiliza estructuras no empíricas que van desde el cálculo de tensores, los signos lingüísticos, las ecuaciones diferenciales y los números imaginarios, no puede negar los dominios internos sin contradecirse (Wilber, 2008a).

Por otra parte, y retomando a Kuhn (1971), es insostenible que la revolución científica vaya de la mano sólo de un conjunto sistemático de reglas para la comprobación de las hipótesis y/o su modificación, sin considerar aspectos como el contexto económico, la motivación personal del investigador o de las influencias sociales imperantes. Para Kuhn, la fuerza más decisiva de cualquier cambio de paradigma, es la intrusión de lo anómalo: hechos que son independientes de los sistemas de inteligibilidad, entendiéndose éstos como un cuerpo de proposiciones interrelacionadas y compartidas por los participantes en los diferentes enclaves científicos. Tal como Kuhn propone, en estos casos comienzan a surgir paulatinamente las anomalías tácticas que no son evidentes en términos del paradigma prevalente, o no pueden ser pronosticadas por éste. De alguna forma, las fisuras epistémicas y de otra índole comienzan a acumularse, hasta que puede surgir una nueva teoría que dé cuenta de la gama de anomalías que han emergido, conservando todos los hallazgos generados en el seno del paradigma previamente existente (Gergen, 1996).

Cualquier sistema de inteligibilidad, se asienta en lo que claramente es una negación implícita, una inteligibilidad alternativa que se plantea como rival de sí misma. Ya se trate de religión, de teoría política o de una perspectiva científica, todas se distinguen en virtud de aquello que no son (Gergen, 1996). Las grandes batallas epistemológicas en la filosofía durante la antigüedad pueden, en gran medida, exponerse en términos de esta oposición binaria. Los análisis dentro de un ámbito, habitualmente se refutan o afirman a través de falacias demostrativas en otro ámbito.

Son las oposiciones transversales las que también indican las posibilidades adicionales: empirista puede contraponerse a todo cuanto es no empirista, de igual modo que no racionalista puede contraponerse a todo cuanto si es racionalista. En todo caso, lo que generalmente ocurre es que las comunidades científicas que comparten un determinado sistema de inteligibilidad, se distancian de aquellos que “aguan la fiesta”, cuando se rebelan contra lo establecido (Gergen, 2009). Expresándolo en los términos de saber y poder que ya conocemos de M. Foucault (1980 citado en Castro, 2008), los núcleos de inteligibilidad son de máxima relevancia para la mantención de enclaves culturales que al mismo tiempo implican que en muchos aspectos existan algunas personas que se vean más favorecidas que otras en todo orden de cosas, ya que los discursos de determinada disciplina, constituyen explícita e implícitamente sistemas de castigos y de concesión de prerrogativas (Castro, 2008). Así mismo, por el mismo ejercicio de su hegemonía, el discurso dominante puede despertar *discursos de negación*, tal como ocurre de manera exponencial, en la medida en que aquellos discursos dominantes se canonizan. La exacerbación de la negación puede justamente ocurrir cuando los *enclaves marginales* encuentran la manera coherente de argumentar lo que de otro modo sólo serían inteligibilidades dispares, instante en el cual la voz de la crítica puede acrecentarse (Gergen, 1996).

*“El caso más preclaro de expulsión en el ámbito de la psicología tal vez sea la parapsicología. La psicología de la religión, la psicología existencial, la psicología humanista, así como la fenomenológica, han pululado en los márgenes de la aceptabilidad”.* (Gergen, 1996, p. 12).

#### 3.1.4. Precauciones a considerar respecto a los postulados de Thomas Kuhn

A propósito de la relevancia de los planteamientos de Kuhn, respecto por ejemplo, de los paradigmas proclamados por el modelo científico empírico-sensorial fruto también del ineludible contexto y comunidad en que se insertan sus investigadores, se intenta a continuación, aclarar brevemente, la incompleta

consideración que habitualmente se hace de su obra acerca del concepto de paradigma, descartando por una parte que tan solo basten las interpretaciones libres frente a cualquier fenómeno a explorar, como también poner de manifiesto que un conjunto de reglas y datos neutros, tampoco son suficientes para la generación de conocimiento científico válido.

El libro "*Estructura de las revoluciones científicas*", de Tomas Kuhn, se publicó en 1962 y pronto se convirtió en una de las obras más influyentes de la ciencia jamás escrita y en la más citada en los círculos académicos de los últimos tiempos. El texto, dominó la escena de la filosofía de la ciencia rápidamente, pero tal vez, tampoco tardó en transformarse en el peor entendido del siglo (Wilber, 2008a). Gran parte de su enorme aceptación, se originó a partir de un mal entendido muy difundido respecto de sus conclusiones más importantes. Se dice que el intelectualismo de la época de los años 60, distorsionó las conclusiones de Kuhn, aspecto no menor, ya que la comprensión correcta de su mensaje es clave para profundizar en cualquier tipo de relación o articulación posible entre la ciencia y temas relativos a la espiritualidad (Wilber, 2005).

La noción postmodernista más radical respecto de la ciencia ha malinterpretado el concepto de paradigma al vincularlo con interpretaciones libres, más que con la validez de cierto conjunto de hechos a través de la demostración procedimental. Lo anterior tiene muy poco que ver con lo originalmente planteado por el historiador y filósofo estadounidense, F. Crews (1986), quien arguye que esta interpretación errónea de Kuhn, también implicaba que la ciencia era arbitraria (no es el resultado de una evidencia real, sino única y exclusivamente a causa de estructuras de poder impuestas), y relativista (es decir, que todo cuanto nos revela carece de veracidad y corresponde más bien a la imposición científica del poder).

Lo cierto es que cualquier experimento que genera nuevos datos constituye un nuevo paradigma (por ello la invención de la ampolleta era un nuevo paradigma). Además, cualquier paradigma conlleva dos grandes aristas a las que se les podría denominar "*practica*" y "*social*". Kuhn utilizó el término paradigma con una orientación bastante más pragmática y lo vinculó con un conjunto de modelos, experimentos o instrucciones al mismo tiempo que referirse a la estructura social determinada que mantiene estas normas como un conjunto cohesionado de instrucciones, para enseñarlas, recompensarlas, etc. (Hacking, 1986 citado en Wilber, 2008a).

Lo que Kuhn precisamente intentó expresar, es que la ciencia se asienta en instrucciones concretas, modelos y prácticas sociales, desplegando datos a través de “modelos”, palabra análoga al concepto de paradigma, fuertemente arraigados en las evidencias concretas que se pudieran aportar y, al mismo tiempo, reproducir, motivo por el cual la ciencia también muestra en muchos sentidos un progreso real: dichas instrucciones, modelos o paradigmas, no construyen las evidencias basándose sólo en convenciones de algún tipo, sino que las revelan, tal como señala Crews (1986). Todo lo que Kuhn sostuvo, es que frente a dos constructos hipotéticos contrarios, nuestro acto de dilucidación entre ambos, no podía sólo depender de lo establecido por un conjunto de reglas y datos neutros (Wilber, 2008a).

### 3.1.5. El problema de la articulación entre ciencia y religión: La teoría de Ken Wilber

En este punto, se ha estimado incluir un ámbito crucial respecto de las temáticas de esta investigación, relativas al entrecruce de aspectos del modelo científico tradicional y contenidos de la esfera espiritual. En este sentido, Ken Wilber es un autor que ha desarrollado una teoría integral del ser humano y de la realidad, colocando un particular énfasis en la investigación de esta interfase, detallando aspectos tales como los procesos de “simbiosis”, diferenciación y actual disociación, destacando por una parte el agudo reduccionismo científico y por el otro, una falta de sistematización de varias prácticas vinculadas a lo espiritual. También podrá apreciarse en las siguientes líneas un esbozo de lo que este investigador norteamericano ha planteado para una nueva y necesaria articulación.

En un comienzo, la ciencia moderna no tenía la menor intención de destronar a los aspectos teológicos, y en consecuencia, no despertó ninguna reacción. Pero con el advenimiento de la modernidad en la historia de la Humanidad y su insistente afirmación de que todas las religiones eran construcciones pueriles por parte de los seres humanos, muchas religiones más bien dogmáticas (especialmente el cristianismo y el islam), comenzaron a rechazar hasta los datos elementales de la ciencia: la evolución no existe, la tierra fue literalmente creada en seis días, la datación por medio del carbono 14 es un fraude, etc. (Wilber, 2008a). Se ha dicho en este sentido, por ejemplo, que el extremismo del fundamentalismo islámico no corresponde necesariamente a un aspecto intrínseco del islam, sino que ha sido catalogado como el resultado de una reacción en contra del intento avasallador de la modernidad por acorralar a cualquier atisbo de espiritualidad y acabar con ella. Fue entonces cuando el miedo a esta dinámica parece haber sido uno de los componentes esenciales en la aparición de un terrorismo de signo contrario (Wilber, 2005).

### 3.1.5.1. *La negación moderna de la espiritualidad*

En el advenimiento histórico de la modernidad representada por la ilustración, el occidente moderno se convirtió en la primera gran civilización de la historia de la Humanidad que negó la existencia de una articulación por parte de los tres grandes estados del ser y de la realidad: **ordinario** (materia y cuerpo), **sutil** (mente y alma) y **causal** (espíritu) (Wilber, 2007). Quedó entonces en pie una visión chata del Universo como algo fundamentalmente compuesto de materia y/o energía. Lo único que quedó en pie, de una gran cadena que incluía a la materia, la vida, la mente, el alma y la dimensión espiritual, fue sólo la materia. Así fue también como la visión del mundo atribuida al materialismo científico, terminó convirtiéndose, de una u otra forma en la filosofía oficial imperante del occidente moderno (Wilber, 2009).

La verdadera dificultad, en consecuencia, no reside necesariamente en encontrar la forma de integrar armónica y coherentemente al empirismo, el racionalismo y el misticismo. La dificultad fundamental estriba en que la modernidad no concibe siquiera la realidad de los niveles superiores al suyo (las modalidades epistémicas que incluyen y trascienden a la mente o *transmental*, que incluyen y trascienden a lo racional o *transracional*, que incluyen y trascienden al ámbito individual de la persona o *transpersonal* y a la modalidad de máximo contacto con los ámbitos espirituales o *contemplativa*), lo que en consecuencia implica que aparentemente, no exista la menor necesidad de llegar a ninguna integración (Wilber, 2005).

Integrar a la religión y la ciencia, guarda relación con integrar en primer lugar, la visión premoderna y la visión moderna del mundo. Lo medular de la denominada premodernidad era la concepción de la materia, la vida, la mente, el alma y la dimensión espiritual, sin efectuar la más mínima diferenciación entre estas esferas. Por su parte, la esencia de la modernidad fue precisamente realizar una diferenciación entre las distintas esferas de valores pudiéndolas agrupar a grosso modo en *el arte, la moral y la ciencia*, por lo que frente al intento de integrar a la religión y la ciencia, debemos articular "*la gran cadena del ser*" (la materia, la vida, la mente, el alma y la dimensión espiritual), y las diferenciaciones introducidas por la modernidad (Wilber, 2005).

Ciertamente, el núcleo perenne de las tradiciones corresponde a la idea de "*la gran cadena del ser*" y la correspondiente creencia en un pluralismo epistemológico. Como resume Huston Smith:

*“La realidad es gradual, y con ella, también lo es la cognición. Es decir, existen niveles de ser y niveles de conocimiento. Si nos representamos la gran cadena en cuatro niveles (cuerpo, mente, alma, espíritu), habrá también cuatro modalidades correlativas de conocimiento (sensorial, mental, arquetípico y místico), a los que habitualmente resumo como los tres ojos del conocimiento, el ojo de la carne (empirismo), el ojo de la mente (racionalismo) y el ojo de la contemplación (misticismo)”. (Smith, 1989).*

Desde el punto de vista del pluralismo epistemológico, la ciencia empírica puede decirnos muchas cosas sobre el reino sensorial, unas pocas sobre el reino mental y casi nada acerca del reino contemplativo. Y esto es algo que cualquier “nuevo paradigma” científico difícilmente podrá llegar a modificar, de acuerdo a los criterios actuales. Todos ellos están empírica y sensoriomotormente basados en la evidencia proporcionada por los sentidos o sus extensiones instrumentales (microscopio, telescopio, cámara de burbujas, placa fotográfica, etc.) (Wilber, 2008a). Foucault, resumía perfectamente este grave reduccionismo, con una frase rotunda, afirmando que con el paso del tiempo, los seres humanos se transformaron en objeto de información más nunca en sujetos de comunicación. Tal como las distintas dimensiones de la realidad, cuyo análisis se instituyó bajo los estrictos y limitados aspectos objetivos y empíricos, lo más cercano posible al reduccionismo del técnico de laboratorio, las personas fueron reducidas a meras “lonchas de carne”, carentes de profundidad, intencionalidad y personalidad (Foucault, citado en Wilber, 2008a).

Desde esta postura del conocer, la cual ha privilegiado lo que Whithead denominó *localización simple*, lo único que es real, es todo fenómeno u objeto donde sea posible poner los dedos sobre ellos para así apreciarlos a través de los sentidos (o con sus extensiones) (Whithead, 1952). Desde este punto de vista, las moléculas son reales, los planetas son reales, los organismos son reales, las galaxias son reales y los hábitat son reales puesto que todos ellos son entidades objetivas, empíricas, y exteriores que de un modo u otro pueden tocarse con los dedos. La mente, la conciencia y en general cualquier aspecto interno y/o perteneciente al ámbito espiritual fueron decretados en el mejor de los casos, como simples epifenómenos o como meras ilusiones en el peor de ellos, y sabemos que estos últimos han tenido que transitar por un difícil camino para que se les otorgue algo de veracidad (Wilber, 2005).

Por otra parte, un aspecto de la máxima relevancia, y que en este caso atañe al conocimiento de las dimensiones espirituales, es que la gran mayoría de las tradiciones vinculadas, han carecido de un método de instrucciones concretas para reproducir las diversas experiencias. El “conocimiento transpersonal” de exponentes idealistas de lo espiritual, ha terminado siendo desestimado y tachado como “mera metafísica”, una acusación que, desde Kant, ha bastado para condenar a cualquier cosmovisión de esta naturaleza (Papineau, 2011). Precisamente, el hecho de carecer de una auténtica instrucción espiritual (práctica, modelo o paradigma) llevaba, en cierto modo, a quedar atrapados en la “mera metafísica”, considerando que desde una posición despectiva, la metafísica corresponde a cualquier sistema de pensamiento que carece de medios de constatación de sus postulados y prácticas (prueba de validez, de métodos de recogida de datos y en consecuencia de evidencias reales) (Wilber, 2005).

#### 3.1.5.2. *Disociación igual a desastre*

La modernidad obviamente, no estuvo exenta de acuciantes problemas. De hecho, el punto principal de Wilber, es que muchas de las **diferenciaciones** de la modernidad fueron demasiado lejos y terminaron convirtiéndose en **disociaciones** (Wilber, 2007). La modernidad no sólo diferenció las esferas de valor del arte, la moral y la ciencia -lo cual era muy positivo- sino que llegó incluso a disociarlas o **disgregarlas** lo cual constituye el rasgo distintivo de cualquier tipo de patología en un sistema que se encuentra en proceso de desarrollo (Wilber, 2008a).

Y éste si fue en realidad un desastre, “una patología”, ya que muy pronto permitió que la ciencia reduccionista y su limitado criterio respecto de los hechos y las cosas, colonizara y dominase al resto de las esferas (la estético-expresiva y la moral-religión) a través de los rimbombantes descubrimientos que se llevaron a cabo, tan lejos como la *localización simple* le permitió llegar. Para Wilber (2008, p. 76): “*Si la diferenciación constituyó el principal esplendor de la modernidad, la disociación supuso la peor de sus miserias*”.

#### 3.1.5.3. *Tres tipos de empirismo*

En un sentido amplio, el término “empírico” ha significado “experiencial”. Desde esta perspectiva, un empirista no confiaría en los dogmas, la fe o las meras conjeturas, sino que buscaría corroborar lo que estableciera mediante evidencias en datos o confirmación de la experiencia directa (Wilber, 2005). Lo cierto es que de la misma manera en que existe un empirismo sensorial (el mundo sensoriomotor), también

existe un empirismo mental (que incluye la lógica, la hermenéutica, las matemáticas, la fenomenología, y la semiótica) y un empirismo espiritual (que incluye todo tipo de experiencias místicas y espirituales) (Wilber, 2008a).

#### 3.1.5.4. *Las tres vertientes de todo conocimiento válido*

Al comienzo de este capítulo, se esbozó algunos de los rasgos esenciales que caracteriza al modelo científico en general, con la pretensión de que estos sean amplificables a los dominios internos y puedan brindar una metodología tan legítimamente aplicable a las exterioridades como a las interioridades (Wilber, 2009).

Según Wilber (2008a), los siguientes son los aspectos indispensables de la investigación científica a las que denomina “*las tres vertientes de todo conocimiento válido*”:

1. Prescripción instrumental. Se trata de una práctica auténtica, de un modelo, de un paradigma, de un experimento que siempre asume la forma “*si quieres saber esto, deberás hacer esto otro*” (Wilber, 2008a, pag. 193)
2. Aprehensión directa. Guarda relación con la experiencia o aprehensión inmediata de los datos. Según William James (Piga, 1976; Geymonat, 2006), uno de los significados del término “dato” es precisamente, el de experiencia directa e inmediata en la que la ciencia sustenta precisamente todas sus afirmaciones concretas.
3. Confirmación o rechazo por la comunidad respectiva. Consiste en la confrontación de los resultados (con sus respectivos datos y evidencia), con otras personas que también hayan completado adecuadamente las vertientes prescriptivas y aprehensivas.

Kuhn (1971), pone en relieve la importancia de la vertiente prescriptiva de la búsqueda de conocimiento, considerando que los datos no están simplemente ahí esperando por alguien que se encuentre con ellos, sino que éstos se evidencian sólo al seguir prescripciones determinadas. Asimismo, el conocimiento que emerge mediante prescripciones válidas es un conocimiento verdadero. Los paradigmas no inventan información, sino que la revelan.

La validez de estos datos se ve demostrada por la posibilidad de refutar los malos datos, tal como señala Karl Popper (s.f., citado en Geymonat, 2006), cuando argumenta que todo auténtico conocimiento debe situarse en una apertura correspondiente con la necesidad de refutación de lo estipulado y comprobación de una eventual falsabilidad, caso contrario, se trata de un mero dogma encubierto. Y el



principio de falsabilidad es aplicable a todos los dominios, sea éste el sensorial, el mental y/o el espiritual (Wilber, 2005; 2008a), tal como se pretende poner de manifiesto en la presente investigación:

*“Si queremos lograr una autentica integración de la ciencia y la religión, no tendrá que ser de la ciencia falsa ni de la religión falsa, sino de la ciencia verdadera y la religión verdadera. Eso significa que cada uno de los campos deberá renunciar a sus facetas más estrechas y/o dogmáticas y alcanzar, de este modo, una visión más exacta de sí mismo y una imagen más precisa de su propio estatus”.* (Wilber, 2008a, pag. 208)

### **3.2. Aspectos esotéricos los cuales conforman un discurso no dominante**

#### **3.2.1. Chamanismo y trance**

Una vez expresados los aspectos más relevantes del construccionismo social, el modelo científico imperante y la imposición de los históricos criterios que éste ha planteado como discurso dominante, así como también aquellos contenidos más importantes respecto de la disgregación y las posibilidades de integración entre la ciencia y los aspectos espirituales, se exponen a continuación algunas aristas fundamentales respecto del chamanismo, auténtico reservorio ancestral de contenidos y prácticas espirituales y/o esotéricas de la Humanidad, el cual a pesar de conformar un constructo coherente más bien universal del saber, inclusive aún presente aunque replegado principalmente a las culturas aborígenes, ha debido ubicarse en el ámbito de los discursos no dominantes.

Escapa largamente a las pretensiones del marco teórico de esta investigación dar por agotado todos los temas involucrados en la conexión entre chamanismo y posesión espiritual, pero bastará por ahora con señalar en este sentido, que la posición del chamán tiene una estrecha relación con sus espíritus auxiliares. En la gran mayoría de las culturas ancestrales del mundo, es precisamente el chamán quien domina a los espíritus, en el sentido de que aunque sea otro ser humano, tiene la facultad de poder comunicarse con los muertos, los “espíritus de la naturaleza” y los demonios, sin convertirse por ello en un instrumento de éstos. Ciertamente, existen chamanes que pueden ser poseídos, pero éstos constituyen más bien excepciones grotescas a como habitualmente se manifiesta este fenómeno (Eliade, 2009).

A modo de ejemplo respecto de la manera en que es abordado el tema de la expulsión de espíritus malignos por parte de las más diversas culturas ancestrales del orbe a través del chamanismo, inclusive en la actualidad, se citará la conocida forma en que los mapuches lo llevan a cabo a través del *nguillatun*, por intermedio de una figura central, como es la *machi*. Una vez que ésta cae en trance, envía su alma ante el “Padre Celeste” para efectuarle las peticiones que una comunidad estime necesarias. La ceremonia llevada a cabo en público es caracterizada aún en la actualidad, por la asunción de la curandera a una plataforma de madera sostenida por unos arbustos, denominada *rehue*. Mientras la machi se mantiene en trance apuntando su mirada por un buen rato hacia el cielo, se incorporan a la ceremonia dos participantes con la cabeza envuelta en un pañuelo blanco, la cara impregnada con alguna sustancia de color negra, brincando sobre un caballo de madera, utilizando también una espada de madera y agitando unos sonajeros en un loco frenesí, lo cual marca el inicio de la incorporación de otros asistentes seleccionados, cuyo cometido es la lucha contra los demonios, procediendo, precisamente, a una expulsión de los malos espíritus, utilizando ciertas melodías. Cuando la machi ya recobra el sentido, se encarga de contar su viaje por los cielos y expresar a la comunidad que el padre celeste ha escuchado todas sus prerrogativas. Estas palabras son acogidas con profusas ovaciones, desencadenando un gran entusiasmo. Finalmente, cuando el ritual ya está más en calma, se cuenta a la machi todo cuanto ha ocurrido en su estado de trance: la lucha contra los demonios y su expulsión (Eliade, 2009).

Humberto Bogaert (1986), plantea que la posesión, tal como es concebida en rituales chamánicos y de exorcismos por posesión diabólica, debe ser abordada mediante la concurrencia de una variedad multidisciplinaria de enfoques, considerando la alta complejidad que reviste el fenómeno. Situada en el entrecruce de aspectos religiosos, experiencia subjetiva y como fenómeno cultural “objetivo”, debe constituir un objeto de estudio para la psicología, más allá de su mera consideración como fenómeno religioso. La posesión es también un fenómeno antropológico en cuanto reviste precisamente, el enraizamiento experiencial y la participación de colectivos humanos que han creído en ella y practican rituales de sanación en determinados contextos socio-culturales. Autores como Coons y Prins (citados en Bogaert, 1986), han estudiado los numerosos casos en que la biblia hace alusión respecto de personas que fueron poseídas. Un estado de posesión no necesariamente se debe correlacionar directamente con lo patológico o anormal, pudiendo éste ocurrir cotidianamente en el marco de determinadas prácticas como un acontecimiento religioso propio de un sistema cultural determinado.

Según la antropóloga Erika Bourguignon (1989), existirían tres variedades fundamentales del fenómeno: creencia en la posesión sin trance, posesión con trance y posesión ritual. Es en la forma de posesión sin trance cuando la persona o los familiares creen que éste se encuentra bajo la posesión del Diablo o de otras entidades malignas. El tipo de posesión con la presencia de trance es el que involucra un estado alterado de conciencia (EAC), provocada habitualmente por un espíritu positivo y la emergencia de éste alterna con la identidad habitual del individuo. En la posesión ritual, el trance se llevaría a cabo en el contexto de una ceremonia especial, en la mayoría de los casos, de naturaleza religiosa. Lo recién expuesto ha sido documentado en un estudio que la autora realizó en 1979 en donde se encontró lo señalado en un 90% de los casos en 437 culturas diferentes, estudiadas en los más diversos lugares del mundo (Bogaert, 1986). Los estados de posesión son conocidos en todas las culturas y en todas las épocas, pero -lo que podría llamarse posesión patológica- es la forma más problemática de posesión, y esa es la que más atención ha recibido en occidente (Naranjo, 2003).

#### *3.2.2.1. El trance: Un estado alterado de consciencia no necesariamente psicopatológico*

La palabra trance evoca fundamentalmente, el ámbito de la inspiración y la imaginación creativa o en palabras de Ibn Arabi, el mundo “*de los atributos divinos que existe entre el mundo exterior y el mundo de la gnosis propiamente dicha; es decir entre la percepción ordinaria y la conciencia indiferenciada de la contemplación más profunda*” (Naranjo, 2003, p. 29). La experiencia del trance, encarna por una parte un aspecto psicofisiológico y otro cultural. La universalidad del trance manifestándose en los más diversos colectivos humanos y en las más variadas épocas de la historia, da cuenta de una predisposición psicofisiológica propia de la naturaleza humana, la cual ha sido utilizada predominantemente con fines religiosos, tal como es posible apreciar en el chamanismo.

En la literatura etnológica los conceptos de trance y éxtasis muchas veces se confunden. Existe cierto consenso en establecer que en la inmensa mayoría de los casos, contrasta la conducta silenciosa e inmóvil que distingue al estado de éxtasis con la intensa actividad que acompaña una experiencia de trance, caracterizada habitualmente por la utilización de música, baile y canto colectivo, de forma violenta. En este sentido, tanto el chamanismo como la posesión, son vías de invocar lo sagrado a través de intensas técnicas corporales (Eliade, 2009; McNamara, 2011). El trance en la gran mayoría de las oportunidades, implica una fase convulsiva, con

gritos, espasmos, pérdida de conocimiento y caída que no se presentan en el éxtasis. Según Bogaert (1986), a diferencia de éste, luego del estado de trance, es imposible recordar. Según este autor, la posesión no necesariamente implica la experiencia de trance, como uno de sus signos.

Desde el concepto de trance, tal como es concebido por diversas culturas antiguas y tradicionales, existiría por una parte la teoría de la “pérdida del alma” donde el estado de trance implica el abandono del cuerpo por parte de la persona y, por la otra, la teoría que más bien enfatiza el trance como resultado de la “posesión” del cuerpo del individuo a manos de otro espíritu. Se desprende de lo anterior, que no necesariamente ambas posturas son mutuamente excluyentes y que más bien, estas variedades pueden coexistir (Bogaert, 1986).

El aspecto específico del chamanismo, según Eliade (citado en Bogaert, 1986), es más bien el ascenso al cielo o descenso al infierno por parte del alma del chamán. Éste se sitúa en una posición en la cual se encuentra a la par con los dioses y otras entidades para poder emprender un “viaje” que tenga como objetivo devolverle el alma al enfermo que la ha perdido en un espacio mítico. La protección con la que cuenta el chamán así como los poderes mágicos conferidos para realizar su cometido, serían otorgados por espíritus benévolos que dialogan con él. Un espíritu protector puede revelarse para un chamán en el transcurso de una crisis, pero este fenómeno no comportaría una auténtica posesión. Aunque se trata de un acontecimiento violento, no hablamos en este caso de la sustitución de un alma por la otra. De hecho, en el transcurso de un proceso curativo, el chamán puede invocar enérgicamente a esta clase de entidades, las cuales podrían inclusive hablar por la boca de éste, experiencia que sólo se trataría de una especie de posesión temporal (Bogaert, 1986).

Si la causa de la enfermedad es la ingestión de un cuerpo espiritual extraño, es cuando la cura se provocaría a través de un exorcismo, ya que la presencia dañina debe ser extirpada. Lewis (1969, citado en Bogaert, 1986), plantea en todo caso, que chamanismo y posesión son dos caras de una misma moneda, y es imposible realizar al respecto una distinción lo suficientemente clara, sin caer en lo artificioso. Surge entonces la figura del chamán, como una especie de amaestrador de espíritus de los que se vale para poder curar a las personas que componen su colectivo humano inmediato (Bogaert, 1986).

### 3.2.2. Aspectos parapsicológicos y esotéricos: Un discurso no dominante

Una vez revisados aquellos aspectos esenciales del chamanismo, los cuales configuran un primer constructo unificado de aspectos espirituales y esotéricos de la Humanidad, aún vigentes en muchos contextos culturales, se detalla a continuación, los contenidos que en la actualidad son posibles de agrupar en torno a los aspectos espirituales y/o esotéricos más importantes, planteados desde el discurso de negación y/o enclave marginal de la parapsicología.

#### 3.2.2.1. *Presencias*

De acuerdo a Cabuli (2009), las personas que fallecen con traumas psicológicos y emociones negativas muy intensas -rabia, pena, apego, miedo, angustia, odio- pueden quedarse atrapados en este plano de la realidad y no ascender a la luz o a la zona oscura donde les corresponde permanecer de acuerdo a su comportamiento en esta vida, teniendo que vagar por un tiempo indefinido, experimentando la misma emoción negativa que hizo que no pudieran seguir su camino, con el agravante que la intensidad de esa emoción no disminuye. Se mantiene al mismo nivel que cuando la persona falleció o desencarnó dejando su cuerpo físico (Cabuli, 2009). Si una persona está estancada en este plano, es porque está sufriendo y de manera muy intensa.

Nuestra alma o espíritu no es un concepto abstracto, es algo muy preciso. El alma es lo que realmente piensa y lo que contiene los recuerdos de nuestras experiencias, lo que reconoce. Somos nosotros mismos, nuestra identidad. Claramente, esta experiencia desafía el nivel actual de nuestros conocimientos científicos, ya que se supone que todos estos conceptos tienen asiento en el cerebro, son impulsos eléctricos y al morir el cerebro junto con el cuerpo, es imposible conservar los pensamientos y menos aún su unidad (Grof, 2006). Las personas que tienen este destino, tuvieron que morir en condiciones trágicas, lo cual les impidió incluso darse cuenta que habían fallecido. Los budistas plantean que uno debe prepararse para el momento de la muerte con años de anticipación, precisamente para no quedar atrapado en un estado de confusión y de emociones negativas (Rimponche, 1994).

#### 3.2.2.2. *Maestros ascendidos*

Existen algunas personas que a lo largo de sus vidas logran un elevado desarrollo espiritual, al punto de alcanzar un plano tan elevado, que ya no necesitan encarnarse nuevamente en este plano de la realidad. Sin embargo, algunos de ellos

eligen permanecer en éste, ayudándonos. De acuerdo a las más importantes tradiciones espirituales, se denominan maestros ascendidos, o santos, y/o bodhisattvas (Solari, 2006). Seres que han alcanzado la iluminación no para disfrutar de su plenitud, sino para ayudar a los demás seres (incluyendo al reino animal) a alcanzarla. Estas entidades pueden ser contactadas por personas que han desarrollado las capacidades psíquicas que, en potencia, todos poseemos. Al hacerlo, es posible canalizar sus energías, capacidades, conocimientos y lograr sanaciones sorprendentes, tanto en el nivel físico, mental y espiritual. Existen, por supuesto, maestros ascendidos de todas las culturas, (los hindúes, budistas, casi todos los santos católicos). Pero es importante dejar en claro que no sólo se encuentran en el ámbito de lo religioso, sino que también en muchos personajes históricos asociados a otras áreas, como la ciencia, la política y las artes (Solari, 2006).

### 3.2.2.3. *Ángeles y arcángeles*

Seres de la máxima jerarquía espiritual, los cuales sirven en la denominada corte de Dios, especie de ejército de la Divinidad. Es posible clasificarlos de acuerdo a su jerarquía en Serafines, Querubines, Tronos, Dominaciones, Virtudes, Potestades, Ángeles, Arcángeles y Principados (Sain-André, 1999). Son seres divinos, nunca han encarnado, no pueden hacerlo, no pueden ser humanos. Sí pueden manifestarse a personas con capacidades psíquicas y tomar diferentes formas, normalmente asociadas a cada cultura. La iglesia Católica sólo reconoce unos pocos arcángeles: Miguel, Rafael y Gabriel. Al invocarlos, lamentablemente existe el peligro que concurren seres oscuros y precisamente Ángeles Caídos y causar un daño enorme (Medina, 2010).

### 3.2.2.4. *Seres de la oscuridad (Demonios, ángeles caídos)*

Tal como también lo plantea la iglesia católica, existe una guerra a nivel planetario entre el Bien y el Mal. Se libra entre nosotros mismos, los seres humanos, pero también en otra dimensión de la realidad, donde existen maestros espirituales, ángeles, demonios, maestros descendidos y magos negros desencarnados (Hartmann, 2009; Medina, 2010). Existieron ángeles de luz, cercanos a Dios, que quisieron influir directamente en la historia de la Humanidad. Se rebelaron. Fueron combatidos por el Arcángel Miguel, al mando de legiones de ángeles guerreros y fueron expulsados de la dimensión conocida comúnmente como **paraíso**. Pero no fueron destruidos. Muchos actualmente están en nuestro planeta, buscando influenciar en los acontecimientos históricos, exacerbando las pasiones humanas para producir violencia y odio (Medina, 2010).

Los demonios no son capaces de producir sus efectos por sí solos, únicamente pueden ejercer su influencia aumentando las emociones negativas ya presentes en las personas: rabias, odios, insensibilidades. Están presentes en cada evento terrible en la historia de la Humanidad. No es preciso exagerar y verlos en todas partes, no actúan en personas que tienen niveles normales de egoísmo, agresividad, envidia o amargura. Sólo en casos extremos, los demonios son peligrosos y difíciles de combatir. Se requieren conocimientos, técnicas específicas e inteligencia para enfrentarlos. Deben hacerlo aquellas personas que están preparadas para ello, luego de un período de largo entrenamiento (Solari, 2006).

Los demonios deben ser destruidos para que dejen de provocar daño. Para que aquello ocurra, hay que atraparlos y llevarlos a la dimensión conocida como **infierno**, donde se queman y mueren. El infierno existe, tal como se le describe en algunas versiones populares: fuego, lava, llamas. Pero no es una dimensión en la que transiten seres humanos. Cuando cometemos crímenes muy espantosos vamos al **purgatorio**, un lugar frío y oscuro, donde las almas se limpian, purgan. El infierno es para los ángeles caídos, para los demonios, ahí desaparecen, dejan de existir. Esto se hace con la ayuda de maestros que son expertos en este trabajo y con los arcángeles “de lucha”, los cuales reciben el nombre de Miguel, Anael, Sachiél y Aminel (Saint-André, 1999).

#### 3.2.2.5. *Maestros descendidos*

Esta es una figura poco conocida, y corresponde a maestros ascendidos que de pronto han decidido rebelarse contra su condición. Creen que ya han estado mucho tiempo como tales y que son superiores a los otros maestros ascendidos, que saben más, que merecen más. Aún cuando son seres humanos más evolucionados, también están expuestos a las tentaciones del ego. Y al rebelarse, se contactan y alían con demonios, adquiriendo sus condiciones de maldad, ambición, y poder. El fenómeno es similar al que se produjo cuando los ángeles liderados por Lucifer se rebelaron contra Dios (Saint-André, 1999). Una vez consumado este cambio, comienzan a afectar a los seres humanos, pero de manera negativa. Acuden a los llamados de los magos negros para hacer daño, entregar poder, dinero, destruir familias, producir enfermedades físicas, crear conflictos (Hartmann, 2009).

Los maestros descendidos deben ser combatidos de la misma manera que los demonios. En efecto, al combatir con un maestro descendido, normalmente éste llama de inmediato a los demonios que lo protegen y que a veces lo acompañan. De

esta forma, el proceso se hace doblemente difícil, sumado al hecho de que, por haber sido ascendidos, conocen y manejan conocimientos que los demonios ignoran, y son más inteligentes y sofisticados (Solari, 2006).

Los maestros descendidos no pueden matarse, siguen siendo seres humanos. Se llevan a un lugar de hielos eternos, donde son encerrados en especies de cuevas que son posteriormente selladas con un símbolo especial hasta que venga el tiempo del final de nuestro planeta, cuando serán juzgados por Dios. Algunos maestros descendidos son Milarepa, Lanto, San Cipriano y Asclepio (Solari, 2006).

#### 3.2.2.6. *Aura Humana*

Este concepto hace alusión a lo que algunos miembros de la comunidad científica denominan como el campo de energía humana. También ha sido denominada *forma espiritual*; otros prefieren referirse a ella como *cuerpo astral*. Este correspondería a un campo de energía, al mismo tiempo que un escudo que protege espiritualmente a la persona. Todas las personas tienen un aura. El aura no se mantiene con la misma estabilidad. Aumenta cuando la persona está bien y disminuye cuando está enferma y sobre todo cuando está con problemas psicológicos graves, tales como depresión, rabia, cuadros ansiosos, etc. En casos extremos, el aura puede estar pegada a la piel, debilitándose y permitiendo que seres desencarnados entren en el cuerpo. Esto se produce normalmente por el pecho/plexo. Los efectos que produce una presencia al interior de un ser humano, son habitualmente devastadores. De acuerdo a Piga (1976), las personas que son poseídas, presentan síntomas y enfermedades que no son comprendidas por el desarrollo actual de nuestra salud mental occidental, tildándoseles muchas veces de esquizofrenia, depresiones endógenas, cuadros bipolares, psicosis obsesivas, etc. Presentan crisis de pánico, angustias extremas, iras incontrolables, pensamientos o intentos de suicidio. La mayor parte de estas personas pueden ser sanadas extrayendo a la presencia que está dentro de ellas y luego eliminando los hábitos y estructuras mentales con que logró impregnar a la persona en cuyo cuerpo estuvo alojada (Piga, 1976; Berger, 2007).

#### 3.2.2.7. *Magia negra*

Acciones llevadas a cabo por una persona con grandes capacidades psíquicas (mago negro o brujo/a), destinadas a causar daños físicos y/o mentales a un individuo o bien a interferir en sus decisiones. Para ello, normalmente se hace una ceremonia secreta donde se invocan demonios y maestros descendidos, con los cuales se



efectúa un pacto para garantizar la duración y la efectividad de lo solicitado (Hartmann, 2009).

Los síntomas de las personas con magia negra son (Hartmann, 2009):

- Irritabilidad, agresividad.
- Cansancio crónico y permanente.
- Experiencias recurrentemente negativas en algún área de su vida (sentimental, salud, trabajo).
- Cefaleas y constantes dolores lumbares.
- Adormecimiento de brazos, manos, en especial la yema de los dedos y piernas.
- Trastorno del sueño, incluyendo la ocurrencia de pesadillas recurrentes, muchas veces con animales (en especial de color negro).
- Sensación de ser aplastados y no poder moverse mientras se están quedando dormidos, o bien soñar con esas sensaciones.

#### 3.2.2.8. *Posesiones*

Cuando pueden, las presencias espirituales (correspondiendo en muchos casos a personas que físicamente murieron) entran en el cuerpo de un ser encarnado, contagiándolo con sus dolores físicos y sufrimientos emocionales que experimentaron en el momento de su muerte. Normalmente no lo hacen en una persona conocida, sino que más bien en alguien muy sensible con que se encuentran al vagar y que tiene, en ese momento, un sentimiento similar al que ellos tuvieron al fallecer. Si murieron con rabia, se acercan a quien tiene rabia, si lo hicieron odiando a los hombres porque “son todos iguales” se sentirá atraída a una mujer que esté enfadada con una pareja que no ha sido fiel (Hartmann, 2009). Las posesiones, son llevadas a cabo por diversas variedades de seres, incluyendo en los casos más graves a demonios que “espontáneamente”, pueden ingresar en una persona y apoderarse de ella, o mediante su contratación, debido a la ejecución de rituales de magia negra.

Los síntomas más habituales que presentan las personas poseídas, son los siguientes (Solari, 2006):

- Cansancio casi permanente y extremo, con dificultad para levantarse por las mañanas, a media tarde lo único que desean es descansar y ojalá acostarse.
- Sus funciones intelectuales están deterioradas: presentan mayor dificultad para concentrarse, recordar, memorizar, efectuar sus labores habituales y se tardan más tiempo en hacerlas y les cuesta más trabajo el llevarlas a cabo.

- Cambios de humor desproporcionados al estímulo (pena, rabia, ataques de pánico y otros, los cuales pueden surgir de manera súbita).
- Muchos de ellos llevan años en tratamientos con psicólogos y psiquiatras, con mínimos o sin resultado alguno. Frecuentemente, les han sido prescritos altas dosis de psicofármacos que, en parte, evitan los síntomas, actuando como especies de sedantes a ellos y al(los) espíritu(s) que está(n) dentro, con una muy negativa calidad de vida.
- Su mirada cambia durante estos cambios violentos de humor (episodios de posesión). Las personas cercanas que los conocen refieren frases como: “su mirada cambia, no es él/ella”. Normalmente bajan la vista y evitan un contacto visual directo durante los ataques.
- Tienen su aura fisurada en el pecho, el estómago o el cuello, lo que se refleja en molestias que no ceden a los fármacos convencionales, sensaciones de ahogo, sensación de opresión en el pecho, en especial durante la noche (se confunde o mal explica como angustia) o tensiones permanentes en el cuello y dolores en la nuca.
- Sensaciones de ser aplastados y no poder moverse, mientras se están quedando dormidos, o bien soñar con esas sensaciones.

En los casos más graves se aprecia la siguiente sintomatología:

- Tienen pensamientos suicidas recurrentes, y muchas veces lo intentan.
- Frío excesivo, sobre todo en las extremidades inferiores.
- En algunas ocasiones escuchan voces.
- Muchas veces no recuerdan bien lo que hacen durante sus ataques de pena, rabia o pánico.
- Habitualmente, durante los episodios de posesión, los afectados hablan con un tono vocal mucho más grave que su registro habitual, utilizando palabras o expresiones idiomáticas que no corresponden a su idioma nativo, ni al contexto cultural en que están insertos.

### 3.2.2.9. *Espiritismo*

Como la misma palabra lo indica, el espiritismo consiste en la invocación de los espíritus de seres descarnados, prestos a entrar en alguna persona que está muy abierta o cursando un periodo anímicamente negativo, cuando precisamente, su aura se encuentra débil. Como ya se ha mencionado, pueden concurrir demonios a estas invocaciones, junto con los denominados maestros oscuros. Los seres de luz

blanca y/o iluminados no acuden a las sesiones de espiritismo, sólo lo hacen entidades oscuras que son peligrosas para los involucrados (Piga, 1976).

#### *3.2.2.10. Médiu m o Psíquico/a*

Toda persona que es sensible en cualquier medida a la influencia de los espíritus es catalogable como médium en algún grado. Esta facultad, resulta ser inherente a la condición humana y, en consecuencia, no necesariamente es un privilegio exclusivo. Sin embargo, hay distintos niveles de intensidad en los cuales esta característica se puede manifestar, lo que al mismo tiempo depende del grado de sensibilidad de la persona en cuestión. Los médium cuyas facultades están más desarrolladas poseen generalmente una actitud especial para diferentes tipos de fenómenos esotéricos. Aquello explica que haya tantas variedades como diferentes clases de manifestaciones. Excede las pretensiones de esta definición el explicar en detalle cada una de ellas, pero baste por ahora, con nombrar las principales variedades: “médiums de efectos físicos”, “sensitivos o impresionables”, “auditivos”, “parlantes”, “videntes”, “sonámbulos”, “curanderos”, “pneumatógrafos”, “escribientes” o “psicografos” (Kardec, 2012).

#### *3.2.2.11. Sanaciones de vidas pasadas*

El proceso de sanación de vidas pasadas, ya sea vía regresiones hipnóticas o por métodos de otra índole, permite contactarse con los niveles más profundos de la psique. La instancia facilita a la persona comprender sus actitudes, pensamientos, dolores físicos, y relaciones con personas que le rodean. Asimismo, le ofrece una posibilidad para sanar y superar sus relaciones negativas, las cuales están siendo afectadas por experiencias de otras vidas y sus estructuras de pensamientos y sentimientos provenientes de aquel legado. Estos conflictos pueden, ciertamente, ser resueltos sin necesidad de realizar regresiones. Gran parte de los problemas que enfrentamos en esta vida -relaciones conflictivas con familiares o amigos, traumas psicológicos, fobias, rabias- se explican por experiencias acontecidas en otras vidas. Un abordaje serio permite sanar esas heridas y superar significativamente esos problemas (Grof, 2008a). Las personas que reviven experiencias traumáticas de vidas anteriores, muchas veces se sanan de sus problemas psicológicos. Se enteran del sentido y las circunstancias de la encarnación actual. Muchas veces, se dan cuenta de que ellos mientras estaban en el estado incorpóreo, antes de nacer, en un nivel de conciencia superior, han elegido el lugar y los componentes de su existencia actual (Grof, 2002).

### 3.2.2.12. Karma

El karma es una ley universal de causa y efecto. Nos dice que el resultado de lo que somos es producto del sentido que le damos o le dimos a nuestra existencia. El karma, es una especie de recuento de los actos positivos y negativos de nuestras vidas anteriores. Según la balanza se incline hacia un lado o hacia el otro, renaceremos en una encarnación más o menos favorable. Las situaciones más importantes que uno vive (tristezas, rabias, situación financiera, familiar, salud, trabajo), se deben a motivos kármicos, vale decir, existen causas para estas situaciones que pueden remontarse a esta vida o a vidas pasadas (Grof, 2008a).

El karma entrega el escenario. Cómo nosotros reaccionemos frente a ese escenario forma parte de nuestro **libre albedrío**. Es difícil que un accidente grave que nos deje en silla de ruedas no sea karmático, vale decir, no se explique como una consecuencia de una experiencia anterior que requiere aprender una lección, que aún no comprendemos. En este ejemplo, lo que también constituye el libre albedrío, es si estando parálitico en una silla de ruedas, nos dedicamos a lamentarnos, a desear que nuestros días terminen pronto, hacerle la vida imposible a quienes nos rodean, o bien, si enfrentamos a esta limitación física con un objetivo transformador y nos dedicamos a ayudar a otras personas lisiadas, o logramos con otras estrategias, vivir una vida plena a pesar de las limitaciones físicas. En gran medida, existe un escenario o un recorrido ya escrito. Heredamos efectos generados en nuestras vidas anteriores, pero somos plenamente responsables de cómo reaccionamos en el recorrido actual (Grof & Grof, 1992).

El karma es lo que hemos puesto en movimiento nosotros mismos, de vida en vida, con nuestras motivaciones, actitudes y conductas. Aceptar la idea de un alma individual que se encarna en muchos cuerpos físicos a lo largo de su existencia y la ley del karma, nos permite descartar la idea de que los seres humanos estamos a la deriva en un océano de injusticias y situaciones inexplicables. Aceptar el karma es reconocer que existe una ley espiritual divina que aplica justicia: Se cosecha lo que se siembra (Grof, 2002; 2008a).

Como en todos los ámbitos, existe la posibilidad de que los conceptos relativos al karma se malinterpreten y distorsionen. Eso conlleva por ejemplo, que hayan personas que se resignan a sus problemas argumentando a que son karmáticos. Otros tienen la oportunidad de ayudar a un ser humano sufriente y siguen adelante pensando que se lo ha merecido por su karma y que, en consecuencia, no se le debe auxiliar. Lo que quizás no se comprende en circunstancias como esas, es que

precisamente nuestro karma era ayudar a esa persona a terminar con su sufrimiento, por lo que al no hacerlo, perdemos una oportunidad para evolucionar espiritualmente. Cualquier interpretación que niegue el amor al prójimo, la solidaridad, la misericordia y la compasión, simplemente es una mala interpretación (Grof, 2002).

#### 3.2.2.13. *Después de la muerte, otras vidas*

Posterior al fallecimiento, el alma emigra del cuerpo y durante nueve días se despidе de sus seres queridos que lo sobreviven. Al cabo de ese tiempo, se abre un túnel de luz en esa dimensión y el alma entra por éste y, de acuerdo a sus acciones en la vida que acaba de finalizar, podría llegar a una zona oscura que puede denominarse **purgatorio**, dimensión en la que permanecerá por un espacio temporal difícil de precisar, o bien, se dirigirá directamente a un área de máxima luminosidad, denominada por muchas tradiciones espirituales (sobre todo desde el cristianismo) como **paraíso-cielo**. Luego de “limpiarse” durante un período de tiempo en la zona oscura, las almas siguen hacia la luz (Grof, 2002). Algunas personas son recibidas por guías mientras aún están en tránsito y son escoltadas a la vida intermedia, pero casi todos los individuos hablan de viajar solos y encontrarse con sus seres queridos ya fallecidos poco antes de llegar a la gran luz blanca. Estos lo acompañan a la entrada, donde otro ser espiritual los hace ingresar (Grof, 2006).

El libro tibetano de los muertos refiere que el habitante del bardo (etapa intermedia entre cada vida, para el budismo tibetano), produce con su mente el ambiente que lo rodea. Se sostiene que los pensamientos y las imágenes mentales de nuestro espacio interior aparecen después de la muerte, modelando esa existencia (Rimponche, 1994). Los seres de luz se nos presentan de acuerdo a nuestras concepciones. Si somos cristianos veremos ángeles y santos, si fuéramos aborígenes, probablemente animales de poder, si la persona fue budista, tendrá un encuentro con Buda o con algunos bodhisattvas (Grof, 2006).

#### 3.2.2.14. *Guía interno*

Entidad clave para poder navegar en el mundo espiritual sin sobresaltos y en forma segura. Corresponde a la parte divina que hay dentro de cada uno de nosotros. Es la manifestación de nuestra *Embriología Divina* (Grof, 2002). En verdad, no es un ser separado de nosotros, ya que nace con nosotros y siempre nos acompaña. Tiene todos los conocimientos que hemos acumulado en las vidas anteriores (Grof, 2008a). Es fundamental en todo trabajo de *canalización* conectarse primero con nuestro guía interno. Arquetípicamente, puede ser apreciado, por ejemplo en los sueños, como un

anciano de bondadoso aspecto, tal como por ejemplo Carl Jung lo vivenció en la figura interna que designo con el nombre de *Filemón*, nombre extraído de la mitología griega (Jung, 2010). Una vez que nos hemos conectado con él, podemos realizar cualquier empresa. Él nos indicará quienes son realmente los otros seres con que nos estamos comunicando en un momento dado, evita que nos engañen demonios, maestros descendidos o seres desencarnados que se han quedado anclados a esta dimensión de la realidad (Solari, 2006).

### **3.3. Sobre la salud mental y sus nexos con el discurso esotérico**

#### 3.3.1. Los postulados de Foucault y la salud mental: La historia de un discurso dominante

Ya que las últimas dos temáticas exploradas han tratado acerca de los aspectos esenciales para la comprensión del chamanismo y del esoterismo y/o parapsicología contemporánea, antes de desembocar el presente recorrido teórico en lo que la psiquiatría actual ha establecido en torno a la posesión espiritual y, posteriormente, lo planteado por el enfoque transpersonal frente al mismo ámbito, se ha incluido en las líneas que siguen, una síntesis de los explicativos postulados de Michel Foucault, respecto de la historia de la relación entre los contenidos espirituales y/o esotéricos y el modelo médico psiquiátrico.

##### *3.3.1.1. Lo esotérico, la posesión: El modelo biomédico psiquiátrico y sus iniciales vínculos con la cristiandad*

En la época clásica ocurre un cambio en el curso de lo culturalmente válido cuando los rigores de las leyes en el siglo XVIII condenan cualquier tipo de práctica esotérica. Foucault (2008a), argumenta que de alguna manera aquello tiene que ver con que estos procedimientos mágicos, recetas de brujería y otros conocimientos que ya formaban parte del dominio público, son rotulados de impíos e inmorales, al punto de poner en riesgo la estabilidad social, a los ojos de los discursos dominantes que imperaban. De hecho, en términos concretos, *“ordenanzas municipales europeas aplicaban ya en 1628 a todos los adivinos y astrólogos una multa de 500 libras y un castigo corporal”* (Foucault, 2008a, p. 151). Lo curioso es que no por ello se logró que desaparecieran las prácticas condenadas. Asimismo, el hospital general y las casas de internamiento reciben, en gran número, a personas que se han dedicado a la hechicería, a la magia, a la adivinación, incluyendo la alquimia. Pareciera que el hecho de que estos credos hayan seguido teniendo vigencia a pesar de una regla jurídica severa, corresponde a una legitimización de conductas y/o prácticas de muchas

personas, que perciben en aquellas cosmovisiones, una significación totalmente distinta a los dictámenes del poder imperante (Foucault, 2008a).

Foucault (2008a), señala que la tendencia a creer que las prácticas propias de la magia se vuelven patológicas, ocurre en el instante preciso cuando una cultura deja de reconocer la eficacia de éstas. El punto es que, al menos en occidente, el tránsito a lo patológico, no ha ocurrido sino principalmente mediante la neutralización de su eficacia, por medio de la culpabilización de la creencia. Llama la atención que, en este periodo, a pesar que lo esotérico no forme parte de la lista “oficial” de lo efectivo, en términos generales, las personas de la época tampoco la percibían como parte de las prácticas ubicables en la lista del fracaso. La figura legal en que se inscriben estas prácticas, bajo el yugo de la psiquiatría del siglo XIX, es el de la sinrazón y su forma de combatirlas es el internamiento. En aquel primer momento, lo enfermo de éstas se instaura hasta el día de hoy bajo el rotulo de *“impiedad y extravagancia”*, allí donde la sinrazón puede encontrar una lógica que sólo ella comprende (Foucault, 2008a, p.154).

Lo cierto, es que los pensadores del siglo XVI se encargaron de mitificar cada vez más el poder del demonio. Todo pareciera dominarse bajo la figura de Satán tal como lo testimonian los médicos de la época. Estos intentaron instaurar la supremacía de la razón como fuente explicativa de toda una serie de fenómenos descritos como extraños y fantásticos, pero la forma de hacerlo fue traducida en reubicar el mal en el cuerpo. *“El demonio para los médicos del siglo XVI, de existir, desarrolla su mal directamente en el organismo del individuo”* (Castro, 2008, p. 300). Es en este contexto en que emerge el fenómeno de la posesión. Para Foucault, se produce en este momento, una unión de los procedimientos confesionales del cristianismo, con las primeras incursiones de la medicina moderna. El primer paso, consiste en que el fenómeno de la posesión se diferencie de la brujería. Ésta última, guarda relación con hechos más bien periféricos respecto de la persona, que la alejan del cristianismo y emerge en el seno de entornos más bien rurales, a diferencia de la posesión que encaja perfectamente en la nueva analítica del cuerpo, también propia de la tecnología confesional, constituyendo el cuerpo, una especie de campo de batalla, una fortaleza del bien, sitiada por el demonio (Foucault, 1996). *“Esta guerra posee un síntoma muy importante respecto de su existencia: la convulsión. Es en este fenómeno convulsivo en que Foucault encuentra los lazos subterráneos entre las prácticas cristianas y las prácticas médicas y psiquiátricas”* (Castro, 2008).

Para Santo Tomás, sólo en el cuerpo se deslizan los ángeles malos: *Nostris corporibus illabuntur: "impresionan a las facultades ligadas a nuestros órganos, pero la impresión no llega hasta la voluntad porque ésta no depende de su ejercicio, no en su objeto, de un órgano corporal"* (Foucault, 1984, pag. 89). El cuerpo del poseído está condenado a la hoguera, si el ángel posesor esta aferrado sólo a la carne. Matar esta vida bestial y quemar ese cuerpo, se concibe como la forma más idónea para devolver al alma su pureza y liberarla del elemento que distorsiona su libertad. En este sentido, el fuego liberará al espíritu de su cuerpo poseído y en consecuencia es necesario quemar al insano por su salvación (Foucault, 1984).

Posterior al renacimiento, la posesión adquiere un nuevo sentido en el pensamiento cristiano. Ya no constituye una perversión que sólo afecte al cuerpo y deje intacto la libertad del alma, sino que comienza a considerarse que lo que ocurre es la posesión del espíritu por otro espíritu. La esencia de la posesión, tal como es descrita por el padre Surin a mediados del siglo XVII, consiste en una unión del Diablo con el alma gracias a la cual, tiene la posibilidad de comportarse y actuar como si fuera el alma de la persona a quien posee. Ahora, ya no se trata entonces de destruir el cuerpo, sino de evitar que sea el instrumento de un espíritu insano. Coincidentemente con lo anterior, se desarrollan en el siglo XVII las nuevas prácticas hospitalarias en las que el régimen de fuerzas no tiene el sentido del castigo, sino de la salvaguardia. *"Llama la atención que la enfermedad mental en los siglos XVIII y XIX restituye el factor humano, pero al mismo tiempo, aleja al enfermo mental del mundo de los hombres"* (Foucault, 1984, p. 90).

Esta expulsión implica, además, hacer transitar la problemática de la convulsión a otras modalidades de control y sometimiento que puedan operar sobre ella. En este sentido, lo que claramente ocurre, es que el cristianismo llevó a cabo una transmisión de poder a la medicina en una transacción que convierte a la convulsión en un fenómeno autónomo y extraño a la lógica de la dirección de la conciencia. En este movimiento, la iglesia cede su dominio sobre el territorio de la carne, legitimando la perspectiva de la medicina. El positivismo médico nace de una exigencia y de una necesidad religiosa, aunque más tarde, sea precisamente éste quien intente reducir toda la experiencia religiosa a la inmanencia psicológica (Castro, 2008).

Poder pastoral y biopoder serían dos instancias de una misma estrategia con respecto a la apreciación de la realidad por la que atraviesa la cultura occidental, y pese a las diferencias de ambas, las cuales con el paso de los siglos no hicieron otra



cosa que acrecentarse, comparten un importante aspecto en común: la construcción de un entramado de relaciones de poder (Castro, 2008). La analogía del pastor y el rebaño tiene una perfecta conjunción con el sistema disciplinario de la sociedad normalizadora. En concreto, el nuevo escenario de las relaciones de poder, al que hacemos referencia, consiste en la apropiación de los fenómenos característicos de la vida de la especie humana, por estructuras de saber y de poder. El uso de lo biológico también comienza a formar parte de una tecnología política (Foucault, 2008a).

### 3.3.1.2. *El internamiento y el silenciamiento de la sinrazón*

Durante la segunda mitad del siglo XVIII, una gran cantidad de personas se encuentra confinada al internamiento. Enfermos venéreos, degenerados, homosexuales, blasfemos, alquimistas, entre otros. Todos ellos recluidos en asilos que al cabo de un par de siglos han de convertirse en los manicomios (Foucault, 2008a). Al respecto, aunque la medicina y/o las ciencias médicas dedicadas a la locura reconozcan la imposibilidad de curar, manifiestan su adhesión a un sistema de operaciones que debe primordialmente lograr invisibilizar los síntomas (Foucault, 2008a). Es así como la figura de Freud, puede fundamentalmente enmarcarse en la restitución de la artificiosa posibilidad de un diálogo con la sinrazón a través del psicoanálisis, con el patrocinio del positivismo (Foucault, 2008a). El autor francés, señala que su intención más allá de poner de manifiesto el monólogo del lenguaje psiquiátrico, la intención fue primordialmente, el denunciar la práctica de la *arqueología del silencio*, al que la locura se ha visto relegada y en cuya mudez, la razón encuentra su reflejo. El enfoque foucaultiano de la locura junto a Canguilhem (2008b), deja al descubierto los límites de la cientificidad en la psicología y evidencia que la psiquiatría se fundamenta en el gesto de la exclusión y no en la supuesta validez de un conocimiento por fin logrado (Castro, 2008).

En síntesis, la historia de la locura en la época clásica permite concluir que nuestra venerada razón se constituye desde el renacimiento hasta la modernidad, teniendo que prestarle atención a la presencia incómoda de la locura. Se produce en algún punto, una negación por parte de la razón respecto de cualquier relación con la locura, condenándola al mismo tiempo al más brutal y silencioso destierro. A partir de aquel instante, la locura es clasificada como objeto de la sin razón al mismo tiempo que la moralidad científica, cree descubrir en ella lo que el ser humano es y lo que no debe ser, transformándose a los médicos, los psicólogos y los educadores en los nuevos “verdugos” de una tecnología política en la que el castigo encuentra una nueva legitimación (Castro, 2008).

### 3.3.2. La psiquiatría actual y la posesión espiritual

La penúltima temática incluida en el recorrido teórico de esta investigación, guarda relación con los conceptos e información más atinentes y más actualizados que se encuentren disponibles, respecto de lo que la psiquiatría ha establecido terapéuticamente en torno a la posesión espiritual y otros temas esotéricos. Se ha elegido comenzar este apartado con el relato en su respectivo anexo, de la denominada “Endemoniada de Santiago”, un caso paradigmático de la psiquiatría chilena y su cometido, ante una experiencia descrita como posesión demoníaca. Posteriormente, también incluyendo la mayor parte de la información en otro anexo, se ha pretendido considerar todas aquellas clasificaciones psicopatológicas y semiológicas que la psiquiatría ha elaborado frente a expresiones clínicas que podrían asemejarse o confundirse con la ocurrencia de fenómenos esotéricos. Finalmente, mediante la utilización de textos de psiquiatría que constituyen una referencia en el área a nivel mundial, se han seleccionado aquellos contenidos referentes al trance y la posesión espiritual, los cuales se han clasificado al alero de los denominados trastornos disociativos. Así mismo, se incluyen algunas clasificaciones formuladas frente a eventos que podrían atribuirse a fenómenos esotéricos.

Es así como un caso emblemático en la historia de la psiquiatría chilena, es el caso de Carmen Marín, la llamada “Endemoniada de Santiago” (Zisternas, 2010). Este caso que data de mediados del siglo XIX, corresponde a una de las primeras experiencias documentadas de posesión demoníaca en la historia de la psiquiatría chilena, caso que hasta el día de hoy da que hablar en el ambiente psiquiátrico (Ver Anexo 1).

Respecto de las clasificaciones psicopatológicas y semiológicas que la psiquiatría contempla para las manifestaciones clínicas que se podrían asemejar e inclusive confundir con un estado de posesión espiritual, o de algún otro tipo de manifestación esotérica, del difundido texto de psicopatología de Capponi (2011), se pueden desprender las siguientes: trastornos de la percepción; alucinaciones en relación al órgano sensorial comprometido; alucinaciones en relación a las formas de presentación; trastornos de la representación; trastornos en el contenido del pensamiento o trastorno de la ideación; psicopatología del yo; trastornos de la conciencia de la unidad del yo; trastornos de la conciencia de la identidad del yo (Ver Anexo 2).

### 3.3.2.1. Trastornos disociativos

Los trastornos disociativos implican una alteración de la organización integrada de la identidad, la memoria, la percepción o la conciencia. Acontecimientos que habitualmente se viven como una sucesión continua, se aíslan de los otros procesos mentales con los cuales suelen vincularse (Kluft & Loewenstein, 2008). Esta discontinuidad da lugar a varios trastornos disociativos, que dependen del proceso cognitivo primario afectado. Cuando los recuerdos están mal integrados, el trastorno resultante es la *amnesia disociativa*. La fragmentación de la identidad da lugar a una *fuga disociativa* o *trastorno de identidad disociativo* o TID (denominado anteriormente trastorno de personalidad múltiple). La alteración de la percepción produce un *trastorno de la despersonalización*. La disociación de los aspectos de la conciencia puede producir *trastorno por estrés* agudo, varios estados de *trance disociativo* y estados de *posesión* (Maldonado & Spiegel, 2009).

Este tipo de psicopatología, corresponde a una alteración de la organización o cómo se esquematizan los contenidos mentales, más que de los contenidos en sí mismos. Los recuerdos de la amnesia disociativa no están tan distorsionados y no son tan extravagantes, ya que se hallan separados unos de otros. La identidad que se pierde temporalmente en la fuga disociativa o los contenidos del ego que están fragmentados en el TID, son aspectos bidimensionales de una estructura global de la personalidad. En este sentido, se ha establecido que los pacientes con TID sufren no por tener más de una personalidad sino que por tener menos de una. El problema se evidencia cuando se produce el fracaso de la integración y la automática descontextualización de la información, más que los contenidos de los fragmentos (Maldonado & Spiegel, 2009).

En síntesis, todos los tipos de trastornos disociativos, tienen en común la ausencia de acceso inmediato a la estructura completa de la personalidad o al contenido mental en una u otra forma. Los trastornos disociativos tienen una larga historia como integrantes de la psicopatología clásica, pero hasta hace poco, en gran medida han sido ignorados (Gabbard, 2002). No obstante, los fenómenos son suficientemente persistentes y resulta interesante que hayan llamado cada vez más la atención de los profesionales de la salud mental, así como del público lego. Como trastornos mentales, tienen mucho que enseñarnos sobre la forma en que el hombre se adapta al estrés traumático y sobre el procesamiento de la información en el cerebro (Maldonado & Spiegel, 2009).

La primera descripción de disociación como trastorno aceptada, fue una *degregation mentale*, por parte del médico y psicólogo francés, Pierre Janet (1920, citado en Maldonado & Spiegel, 2009). “El término *degregation* contiene un matiz no exactamente igual al de la palabra por la que se ha traducido (es decir, disociación), ya que implica una separación de ciertos contenidos mentales que, en condiciones normales tienden a ser agregados y procesados juntos” (Maldonado & Spiegel, 2009, p. 629).

#### 3.3.2.1.1. *Trastorno disociativo por trance y su contexto cultural*

La dilucidación respecto de la naturaleza y las implicancias del trastorno disociativo es materia de discusión en el mundo entero y éste se encuentra presente en las más diversas culturas, generando un desacuerdo permanente entre los diferentes investigadores. Habría incluso detractores frente al criterio de inclusión de los trastornos disociativos o de la posesión, como categoría diagnóstica en el DSM. La mayoría de los autores coincide en señalar que los síntomas clínicos de los estados de trance, se caracterizan por la amnesia, acompañada de trastornos emocionales y de difusión de la identidad (C. Li & Spiegel, 1992, citados en Maldonado & Spiegel, 2009). Los síntomas disociativos se entienden en un sentido amplio como la expresión de gran malestar psíquico.

Los principales fines “culturales” que se pretenden con los estados de posesión y trance, consisten en la necesidad de ganar poder, prestigio, estatus, y el deseo de expresar impulsos agresivos y sexuales (Shirali, Kishwar & Bharti, 1986 citados en Maldonado & Spiegel, 2009). Los rituales de posesión espiritual pueden mistificar el origen de la represión de las mujeres y absolverlas de toda responsabilidad, por un reto al control patriarcal que, de otro modo, sería inaceptable (Sered, 1994). También pueden otorgar al sujeto una sensación de asociación social, a partir de sentimientos como la agresión, que previamente, tendrían un sentido socialmente censurable (Tantam, 1993), y liberarse de las limitaciones estructurales normativas facilitando las inversiones y potenciaciones de roles (McLellan, 1991).

Los trastornos disociativos de trance, especialmente el trastorno de posesión, son probablemente más frecuentes de lo que se cree habitualmente. Ferracuti, Sacco & Lazzari (1996) describieron a 10 pacientes que se habían sometido a un exorcismo por un estado de trance por posesión demoníaca. Los sujetos fueron estudiados con el test Dissociative Disorders Diagnostic Schedule y el test de Rorschach. Se estableció que estos sujetos tenían muchos rasgos en común con los pacientes con TID. A pesar

de reivindicar la posesión por un demonio y de observarse varios fenómenos paranormales, la mayoría de ellos, conseguían mantener una funcionalidad social normal. Por tanto, en esta muestra de personas de las cuales se argumentaba estar bajo los influjos de una posesión demoníaca, el trastorno disociativo por trance pareció ser una manifestación clínica diferenciada de un continuum disociativo, compartiendo algunos síntomas atribuibles a la gran mayoría de los trastornos disociativos y el TID en particular.

Algunos autores incluso han planteado que la posesión puede interpretarse como un discurso histórico que habitualmente está presente en los cuentos tradicionales (Mageo, 1996) o, incluso, como un método alternativo de curación, no demasiado diferente de una psicoterapia occidental (C. Li y cols., 1992; Machleidt y Petzer, 1991; Mulhem, 1991; Tamntam, 1993 citados en Maldonado & Spiegel, 2009).

Las diferencias culturales claramente constituyen un factor determinante en todos los trastornos mentales y, en consecuencia, los contenidos de las ideas delirantes religiosas serán apreciados con criterios distintos en una persona hindú o musulmana con esquizofrenia, en comparación con un cristiano que manifieste la misma sintomatología. La depresión adopta muchas formas diferentes en China, donde se parece a lo que se solía llamar *neurastenia*, con predominio de varios síntomas somáticos, más que las rumiaciones de culpa que se observa habitualmente en occidente (Klenman, 1977 citado en Maldonado & Spiegel, 2009). Lo cierto es que el grupo de trabajo del DSM-IV decidió incluir el trastorno disociativo de trance en un apéndice del DSM-IV para estimular nuevas investigaciones sobre el asunto. La disyuntiva es si debería ser un trastorno independiente dentro del Eje I o un mero ejemplo en las categorías del trastorno disociativo no especificado, tal como se incluía en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1997).

Por otro lado, designar el *trastorno por trance* y el *trastorno de posesión*, como un trastorno que tenga un diagnóstico formal, comporta el riesgo de intentar elaborar un sistema nosológico global, lo cual constituiría una tarea imposible. Además, la categoría compuesta de "*trastorno disociativo de trance*", que incluye fenómenos tanto de trance como de posesión, puede malinterpretarse como una construcción diagnóstica universal, al mismo tiempo que inducir a una uniformidad que no se condice con la particularidad de los síndromes que se evidencian en cada colectivo humano en particular (Lewis-Fernández, 1993 citados en Maldonado & Spiegel, 2009).

Es preciso agregar además, que los mencionados episodios disociativos, no han sido considerados como parte de la normalidad. En general, no son aceptados como una parte de la costumbre cultural y religiosa, que a menudo pueden incluir fenómenos normales de trance como el *baile de trance* en la cultura hindú balinesa. Los antropólogos dejan de manifiesto que las personas con trastorno de disociación y trance por posesión, se están comportando de una forma anormal cuando su alteración es evidente y escapa a ciertos parámetros (Gaw, 2009).

Cabe destacar, que la forma más frecuente de trastorno disociativo en el mundo occidental es el TID, el que como ya se ha señalado, guarda relación con la vivencia de una fragmentación de la identidad individual, mientras que en oriente, este trastorno implica la posesión por un espíritu, una deidad u otra entidad exterior. Sin embargo, muchos autores han propuesto que el trance por posesión y los trastornos de personalidad múltiple surgen como una consecuencia de historias similares de abuso infantil y el uso de disociación entendido como mecanismo de defensa (Gabbard, 2002). Los complejos abordajes terapéuticos disponibles (muchas veces infructuosos) y las respuestas que las personas manifiestan frente a éstos, pueden ser bastante heterogéneas, dependiendo precisamente, de las creencias tradicionales de la cultura del colectivo humano en que se inserta su vida. En pocas palabras, el trance por disociación y posesión, aún permanece categorizado como “*síndrome asociado con la cultura*” (Bourguignon, 1989).

#### 3.3.2.1.2. *Trance por posesión*

El trastorno de posesión es caracterizado por la vivencia de que la identidad personal ha sido sustraída por otra entidad, ya sea por otra persona, una deidad, un espíritu, un demonio, un animal, e inclusive por un objeto inanimado. Las personas afectadas, habitualmente presentan episodios únicos o recurrentes de la alteración de la conciencia, de la identidad, o de la memoria, agregando además, una pérdida del control de sus acciones y de lo que les rodea. Muchas veces se evidencia un cambio en el tono de la voz y pérdida de la sensibilidad frente al dolor (Gaw, Ding & Levine, 1998 citados en Maldonado & Spiegel, 2009). La incidencia suele ser mayor en las mujeres que en los hombres. Los individuos afectados suelen proceder de estratos socioeconómicos y educacionales de menores ingresos. Los trastornos de posesión, se encuentran en todo el orbe y en todas las culturas. Los estados de posesión se consideran dentro de la normalidad cuando el fenómeno se produce en el contexto de una práctica religiosa o cultural ampliamente aceptada (Maldonado & Spiegel, 2009).

Al contrario que en el trance disociativo, el trance por posesión culturalmente legitimado, implica la adopción de una identidad alternativa diferente, habitualmente la de una deidad o un espíritu. La persona que está en este trance, participa habitualmente de rituales bastante complejos, los cuales tendrían por finalidad expresar pensamientos y/o necesidades, que de otra forma, estarían prohibidos. Por intermedio de este proceso, muchas comunidades aborígenes negociarían por ejemplo, un cambio en la familia o en el status social de uno o varios de sus miembros, como así también, permitir la expresión de alguna conducta agresiva. La posesión, suele implicar amnesia durante gran parte del episodio, instantes en los cuales, la identidad alternativa estaba controlando la conducta de la persona (Maldonado & Spiegel, 2009).

#### 3.3.2.1.3. *Tratamiento*

El tratamiento para estos trastornos varía de acuerdo a cada cultura. La mayoría de los síndromes se produce en el contexto de un estrés social agudo y en consecuencia, permite movilizar al núcleo primario y/o a otros sistemas de apoyo. Se busca alejar a la persona del peligro o amenaza inminente. Es frecuente utilizar ceremonias ya sea para expulsar o para aplacar al espíritu invasor (Maldonado & Spiegel, 2009). El papel del psiquiatra debe focalizarse en descartar cualquier posible causa orgánica de los síntomas presentados, tratar los problemas psiquiátricos asociados (si procede), evitar el exceso de medicación y facilitar la concurrencia de las redes de apoyo.

#### 3.3.2.2. *Glosario dependiente de la cultura de síndromes asociados a lo esotérico*

El término denominado *síndrome dependiente de la cultura* (Gaw, 2009), denota patrones de comportamiento aberrantes y experiencias preocupantes recurrentes y específicas, cuya manifestación se produce en un espacio geográfico y cultural determinado, los cuales pueden estar asociados a una categoría concreta del DSM-IV-TR.

Gaw (2009) describe los siguientes síndromes dependientes de la cultura:

Atracción (Enfermedad Fantasma): Síndrome observado en variadas tribus aborígenes norteamericanas, caracterizado por una intensa preocupación por la muerte y los difuntos (en ocasiones asociada con la brujería). Entre los numerosos síntomas atribuibles a la enfermedad fantasma, pueden mencionarse las pesadillas, la debilidad, la sensación de peligro, los desmayos, los mareos, el miedo, la ansiedad, las

alucinaciones, la pérdida de apetito, la pérdida de conciencia, la confusión, los sentimientos de inutilidad y la sensación de asfixia.

Hechizos: Estado de trance en el que los individuos se “comunican” con parientes fallecidos u otro tipo de entidades espirituales. Este estado, se asocia en ocasiones con periodos breves de cambio de personalidad. Como síndrome específico de la cultura, se observa principalmente entre afroamericanos y americanos descendientes de europeos, en el sur de Estados Unidos. Los hechizos no son considerados como un evento que necesariamente requiera la asistencia médica en esta tradición cultural, pero pueden confundirse con episodios psicóticos en el contexto clínico.

Mal de ojo: Concepto ampliamente observado, fundamentalmente en la cultura mediterránea, y en diferentes partes del mundo. El *mal de ojo* es una frase española traducida al inglés como “*ojo del diablo*”. Los menores son los que están más expuestos a este peligro. Los síntomas consisten en sueños acompañados de espasmos, llanto sin causa aparente, diarrea, vómitos y fiebre en un niño o en un lactante. Los adultos (en especial las mujeres) también pueden ser afectadas por este cuadro.

### 3.3.3. La postura del enfoque transpersonal frente a los fenómenos esotéricos y las posesiones espirituales

En este último apartado, correspondiente al marco teórico de la presente investigación, se abordará una breve reseña de la consideración que el enfoque transpersonal, a través de Stanislav Grof (1991, 1992, 2002, 2006, 2008a, 2008b), uno de sus fundadores y máximos exponentes, le brinda a los fenómenos esotéricos y, particularmente, a la posesión espiritual, en el marco de las denominadas “*emergencias espirituales*”. La ventaja de esta perspectiva es que es la más abarcativa, hasta ahora, desde lo que es posible hallar al respecto, en las disciplinas de la salud mental, en su conjunto. A diferencia de los contenidos recién abordados, Grof tiene un abordaje del tema de una forma más integral, incluyendo mayores matices del fenómeno de la posesión, no restringiendo su ocurrencia, explicación o abordaje sólo desde y hacia el ámbito de las culturas aborígenes u otros colectivos sociales delimitados, sino extendiendo la posibilidad de que el fenómeno pueda ocurrir de manera transversal, al mismo tiempo que sugiere una postura del terapeuta, menos periférica que lo enunciado por algunos de los textos más reconocidos y actuales de la psiquiatría.



### 3.3.3.1. Formas de emergencia espiritual

Las manifestaciones de las crisis evolutivas son ciertamente individuales, razón por la cual, ninguna emergencia espiritual es igual a otra. Todo el contenido de la psique individual forma un espacio continuo e indivisible. Se puede decir además, que el inconsciente tal como fue concebido por Freud, no es una entidad separada de lo que Jung (1913, citado en Grof & Grof, 1992), denominó *inconsciente colectivo*, razón por la cual, resulta casi de sentido común darse cuenta que las diversas clases de emergencia espiritual no sean fáciles de diagnosticar y distinguirlas entre sí. Uno de los principales argumentos al respecto, son los cincuenta años de investigación por parte del trabajo de Grof, el cual a través de una obra minuciosa a podido junto con otros autores (Grof & Grof, 1992) especificar aquellos rasgos que distinguen a las emergencias espirituales unas de otras, junto con las combinaciones y los solapamientos entre sus distintas clases o aspectos que constituyen la regla más que la excepción (Grof, 2002).

La lista de las clases más importantes de “*emergencia espiritual*” es la siguiente:

1. La crisis chamánica.
2. El despertar de la kundalini.
3. Episodios de conciencia unitiva (“experiencias cumbre”).
4. Renovación psicológica mediante un retorno al centro.
5. Crisis de apertura psíquica.
6. Experiencias de vidas pasadas.
7. Comunicación con guías espirituales y “*canalización*”.
8. Experiencias cercanas a la muerte (NDE=Near Death Experiences).
9. Encuentros con ovnis y experiencia de abducción por alienígenas.
10. Estados de posesión espiritual.
11. Drogadicción y alcoholismo.

Para efectos de la presente investigación, sólo se explorará brevemente los postulados que el psiquiatra checoslovaco ha establecido en alusión a los estados de posesión.

Según Grof (2002), en el marco de las denominadas *emergencias espirituales*, los seres humanos que atraviesan este tipo de crisis transpersonales experimentan que su psique y su cuerpo han sido invadidos y de que están siendo controlados por una entidad o energía, que se percibe como exterior, hostil y desestructurante. Esta

manifestación, puede ser provocada por una entidad confusa y desencarnada, o alguna entidad de origen demoníaca, las cuales puede haberles invadido mediante procedimientos de brujería y de magia negra (Grof & Grof, 1992; Grof, 2002). Según Grof (2002):

*“Los estados de posesión son de diversos tipos y poseen distintos grados. En ocasiones, la verdadera naturaleza del trastorno permanece escondida. El problema puede manifestarse a modo de una psicopatología grave. Por ejemplo, en forma de comportamiento antisocial o incluso criminal, una depresión suicida, un comportamiento autodestructivo o agresividad asesina, impulsos sexuales perversos, o mediante un abuso del alcohol y de las drogas”.* (pag. 227)

En ocasiones, la persona tiene cierto grado de consciencia que permanece bajo la influencia de una entidad maligna con la cual intenta luchar. En los casos más delicados, aquella energía negativa puede manifestarse incluso súbitamente, en la vida cotidiana. En tales circunstancias, la persona experimenta un miedo terrible, una especie de soledad e intensa desesperación, tal como ha podido establecerse en sesiones de psicoterapia vivencial. El atravesar por esta situación, puede transformarse en una profunda experiencia espiritual, que suele emerger inmediatamente después que un estado de posesión ha concluido, con la ayuda de una persona externa que no tema a su aún misteriosa naturaleza, y sea capaz de asistir al poseso en esta situación (Grof, 2002).

El rostro y las facciones de una persona poseída en los casos más graves, pueden llegar a adoptar la forma de una “mascara del Diablo”, y la mirada puede tornarse en una expresión salvaje. En las situaciones más extremas, las manos y el cuerpo pueden retorcerse de manera completamente bizarra y el tono de voz adquirir como un sonido de ultratumba (Grof & Grof, 1992).

En sesiones psicoterapéuticas vivenciales, finalmente pueden ocurrir espasmos increíbles acompañándose de vómitos y una actividad física muy intensa (Grof, 2008b). En casos menos graves, la persona poseída puede estar consciente de la entidad que intenta subyugarla y tal vez intente luchar contra ella para no perder el control de sí misma. Independientemente de la gravedad del cuadro, los pacientes suelen experimentar un enorme temor y sentirse completamente solos y desamparados al experimentar la desesperación y muchas veces el rechazo que no

solamente ocurre por parte de sus familiares y amigos, sino que también en los profesionales de la salud mental, a los cuales ellos recurren. Según Jung (2010), el arquetipo del demonio es transpersonal, debido a su propia naturaleza, en el sentido de que representa la imagen negativa del espejo de lo divino (Grof & Grof, 1992). Esta experiencia, también emerge con frecuencia como “un fenómeno de umbral”, con imagos internas similares a los terroríficos guardianes de los templos orientales, ya que esconde y protege el acceso a la profunda experiencia espiritual, que suele acontecer cuando se resuelve exitosamente un estado de posesión (Grof, 2008b). Un ejemplo destacado de posesión espiritual, con la concurrencia de otros contenidos clínicos, es el caso de Flora, presentado por Stanislav Grof (2008b) (Ver Anexo 3).

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Tipo de Estudio

El presente estudio es de carácter **analítico-relacional**, pues no sólo se ha buscado la descripción de las cualidades del fenómeno investigado por medio de la generación de conceptos, sino que también se ha pretendido establecer relaciones causales entre éstos, de tal manera de poder establecer un modelo teórico que dé cuenta de éste (Krause, 1995).

La metodología de investigación utilizada es de tipo cualitativo, la cual guarda relación con el descubrimiento del sentido y significado de las vivencias, tanto sociales como individuales. El modelo está diseñado para otorgarle un acento especial a la producción subjetiva, de tal manera de permitir el acceso a la valiosa esfera de significados, los cuales posteriormente son reconstituidos y examinados a la luz de técnicas interpretativas, colocando en relieve lo que emerja desde los/as propios/as protagonistas de la realidad social que se investiga (Max Weber citado en Sierra Bravo, 1991; Krause, 1995).

El paradigma que primordialmente sustenta el proyecto es el construccionismo social, el cual alberga como premisa fundamental que la realidad es construida socialmente en un proceso socio-histórico a través de las prácticas humanas, las cuales tienen a su vez sentido, sólo en espacios interaccionales determinados. Sin considerar la tal vez ingenua premisa de que la realidad no existe, lo que más bien se pretende subrayar es que la realidad se construye y que esta construcción requiere ineludiblemente del entramado social, estableciendo por social a cualquier colectivo humano que co-crea un mundo simbólico a través de la comunicación, configurando en síntesis, una construcción intersubjetiva (Ibáñez, 1989 citado en Tocornal y Vergara, 2004).

El presente proyecto, guarda relación con el análisis de experiencias de personas que han experimentado malestares psíquicos intensos, la búsqueda de ayuda en primera instancia, en los más variados abordajes que la salud mental puede brindar, desde la psicología y la psiquiatría principalmente, junto a la posterior búsqueda de mejoría en formas de sanación religiosa y esotérica.

En correspondencia a la epistemología utilizada, el investigador es considerado como un factor que constituye parte del campo de investigación, imbuyéndose en una dinámica dialéctica en la que se co-construyen nuevamente reelaboraciones de los acontecimientos que finalmente es preciso comprender junto con extraer el sentido que los individuos experimentaron frente a éstos.

La producción de un saber original sólo se producirá de manera óptima si se brindan las condiciones para que el entrevistado/a pueda sentir que el entrevistador facilita un contacto cuya base sea de confianza y complicidad (Krause, 1995).

#### **4.2. Estrategia Metodológica**

La estrategia metodológica escogida es la Grounded Theory (GT), la cual destaca dentro de otros aspectos, por el hecho de que tanto la recolección de los datos como el análisis de los mismos, se efectúa de forma simultánea. Tomando en cuenta los postulados iniciales de la GT sustentados por Glaser y Strauss (1967) se ha optado por el modelo de Strauss y Corbin (1990), los cuales ofrecen una versión más refinada de los conceptos y aplicaciones que sustentan la GT.

El objetivo primordial de esta estrategia metodológica es la generación de teoría por medio de la articulación de tres instancias analíticas: Codificación Abierta, Codificación Axial y Codificación Selectiva, cuya finalidad es el establecimiento de conceptos y vínculos entre éstos, los cuales formarán parte de modelos explicativos de un fenómeno perteneciente a la esfera de lo social, mediante la integración gradual y sistemática, en cuyo proceso concurre transversalmente, la utilización del denominado Método de Comparación Constante (MCC) y la Sensibilidad Teórica<sup>1</sup>, junto con el registro de notas respecto de interpretaciones o aspectos teóricos pertinentes (Strauss y Corbin, 1990).

#### **4.3. Campo de Estudio y Diseño Muestral**

El campo de estudio que los planteamientos de la GT formula a través de un Muestreo Teórico, tiene por objeto rescatar lo esencial que cada informante puede aportar para la comprensión teórica de un área de la experiencia social en particular,

---

<sup>1</sup> Destreza para reconocer las sutilezas que dan significado a los datos durante el proceso de recolección y análisis, es decir, la habilidad de reconocer lo que es importante en los datos y darle sentido (Strauss y Corbin, 1990).

constituyendo el número de “casos” algo más bien irrelevante (Strauss y Corbin, 1990).

El proceso de Muestreo Teórico consta de tres instancias congruentes con la fase del proceso analítico en que se encuentre la investigación (Strauss y Corbin, 1990; Taylor y Bogdan, 1987):

- Muestreo Abierto.- Instancia en que la selección de la muestra debe considerar las pautas más amplias.
- Muestreo de Relaciones y Variaciones.- El objetivo es discriminar la conservación o bien el desecho de los vínculos entre las distintas categorías que se han elaborado en un primer momento, a través de la exploración de características o hechos que evidencien cómo las dimensiones de un concepto en particular pueden tener su explicación en la existencia de un rango y/o variaciones del mismo.
- Muestreo Discriminativo.- En esta fase, el objetivo es realizar el análisis comparativo, de tal manera de validar y complementar el argumento que se va desprendiendo de los relatos y los vínculos entre las categorías. La saturación teórica es el hito determinante de esta instancia investigativa y ocurre precisamente cuando no existen nuevos datos que se puedan extraer de una categoría y, al mismo tiempo, ésta manifiesta buenas proporciones en concordancia con un buen establecimiento de las relaciones con las otras categorías establecidas.

Para la presente investigación la población de entrevistados fue seleccionada en base a los siguientes criterios:

- Pacientes chilenos mayores de 18 años que frente a lo que en primera instancia pudiese ser descrito como un grave malestar psíquico, hayan tenido a lo menos un abordaje clínico desde el ámbito de la salud mental (tratamiento psicoterapéutico con profesional psiquiatra y/o psicólogo y la probable inclusión de psicofármacos) y con posterioridad, todos y cada uno de ellos/ellas también hayan estado insertos en un proceso de sanación esotérica con un determinado parapsicólogo y su equipo.
- A lo menos un familiar de cada paciente mayor de 18 años que junto con ser una figura muy significativa, haya sido testigo privilegiado/a de todos los cambios experimentados por su ser querido.

Los informantes fueron contactados a través de un parapsicólogo y su equipo. Se trata de un grupo de pacientes que no se conoce entre sí, junto a sus familiares. Dichos pacientes, tal como se indica en los criterios de selección de la muestra, debieron haber recibido a lo menos una prestación de servicios desde el ámbito de la

salud mental. En este sentido, todos y cada uno de los pacientes de la muestra, presentaron pruebas de haber sido atendidos por múltiples profesionales de la salud mental (atención psiquiátrica y psicológica), en diversos períodos de su vida y en variados contextos (psicoterapia individual en redes de salud pública y privada, internaciones psiquiátricas, etc.) y es en el transcurso de todas estas prestaciones en las cuales fueron recibiendo los diferentes diagnósticos.

En base a lo anterior, el grupo de participantes quedó conformado de la siguiente manera:

**Tabla n°1: Datos de los/las entrevistados/as**

Nombre	Sexo	Edad	Nivel Educativo	Estado Civil	Diagnósticos recibidos	Tipo de Entrevistado/a
Gustavo	M	58	Universitaria	Casado	- Tr. Depresivo severo - Tr. De Personalidad - Tr. Afectivo Bipolar	Paciente
Gladys	F	51	Universitaria	Casada	---	Esposa de Gustavo
Carolina	F	32	Universitaria	Soltera	- Tr. De Personalidad - Tr. Afectivo Bipolar - Tr. Alimentario - Tr. De Ansiedad - Tr. Depresivo Severo	Paciente
Patricio	M	43	Universitaria	Soltero	---	Pareja de Carolina
Jessica	F	38	Técnica	Soltera	- Tr. De Personalidad - Tr. Afectivo Bipolar - Tr. De Ansiedad - Tr. Depresivo Severo	Paciente
Mirna	F	61	Ed. Media	Soltera	---	Madre de Jessica
Claudia	F	36	Universitaria	Casada	- Tr. De Ansiedad - Tr. Depresivo Severo	Paciente



Alejandro	M	35	Universitaria	Casado	---	Esposo de Claudia
Johana	F	21	Ed. Media	Soltera	- Tr. De Personalidad - Tr. Alimentario - Tr. De Ansiedad - Tr. Depresivo Severo	Paciente
Karen	F	42	Ed. Media	Soltera	---	Madre de Johana

#### **4.4. Estrategia de recolección de datos**

Para poder recolectar los respectivos datos, se ha utilizado la entrevista. Ésta es definida como un encuentro entre investigador/a e informante, cuya finalidad es la comprensión de la perspectiva que este/a último/a posee respecto de un tema en particular. La entrevista semiestructurada, ha sido la modalidad elegida para esta investigación siguiendo un esquema o pauta general de preguntas más flexible, en comparación con la entrevista estructurada más rígida, buscando que las preguntas fluyan de manera más acorde con el relato del entrevistado (Flick, 2004).

De acuerdo a lo estipulado, se realizaron entrevistas por separado, tanto para los pacientes y sus familiares (ver Anexo 4), focalizando el diálogo sobre cuatro ejes temáticos a saber; la explicación inicial que cada participante otorgaba respecto de la sintomatología negativa que ocurría junto con una descripción lo más detallada posible de ésta, una descripción acuciosa en torno a todas las instancias clínicas en las que participó respecto del ámbito de la salud mental, una descripción en profundidad de la experiencia obtenida en la instancia de sanación esotérica recibida (incluyendo otro tipo de búsqueda alternativa), y por último, las conclusiones personales a las que cada uno/a de los/as entrevistados/as ha llegado, luego de haber atravesado por ambas experiencias.

#### **4.5. Análisis de datos**

De acuerdo a lo señalado, en la GT el análisis de datos se realiza a través de las codificaciones Abierta, Axial y Selectiva. En este sentido, para el proceso de Codificación Abierta se exploraron las entrevistas generando conceptos y categorías, en concordancia a los objetivos de la investigación establecidos. Es así como toda interpretación tuvo un carácter proposicional y cualquier hipótesis que fue efectuada, se mantuvo como provisoria. (Glasser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 1990).

El siguiente paso, atribuido a la codificación Axial, consistió en una reorganización de la información diseminada en la fase anterior, de tal manera de conformar conexiones entre las categorías y subcategorías, mediante un "*Paradigma de Codificación*", incluyendo condiciones causales, factores intervinientes y contextuales, además de estrategias de acción/interacción utilizadas como respuesta frente al(los) fenómeno(s) central(es) (Strauss y Corbin, 1990).

En la codificación Selectiva las categorías fueron integradas y refinadas en torno a un eje o categoría central<sup>2</sup>, de esta manera se obtuvo un esquema conceptual de la identificación de patrones y relaciones causales de acuerdo a las narraciones formuladas<sup>3</sup>. La comparación constante permitió finalmente robustecer aquellas categorías que requerían de un mayor desarrollo. Paralelamente, las notas de campo también fueron integradas a los resultados de la codificación, formando así, parte del modelo teórico emergente (Strauss, 1987; Strauss y Corbin, 1990).

#### 4.6. Procedimiento

A continuación se explicita el procedimiento utilizado durante la presente investigación:

1. La primera operación consistió en la búsqueda de *Informantes Claves* contactados primero telefónicamente con la finalidad de coincidir en un encuentro personal. Se entrevistó a varios referentes a nivel nacional respecto de ámbitos como la psiquiatría, la psicología transpersonal, la demoniología y la parapsicología. Posteriormente un reconocido parapsicólogo y su equipo accede a contactar al azar a algunos de los pacientes que han atendido de acuerdo a los parámetros de la investigación ya señalados, formulando una lista con sus nombres y números telefónicos. En uno de los casos, el investigador fue contactado por el director de un hospital psiquiátrico (cuya unidad es referente a nivel nacional en el abordaje de patología dual), perteneciente al área de salud de la comuna de La Florida, solicitándole la evaluación de una de sus pacientes, la que posteriormente fue referida al equipo parapsicológico mencionado. En este último caso, también se incluyeron entrevistas al propio director y al psiquiatra tratante. En un primer contacto, se les explica a cada participante el procedimiento a seguir y el carácter voluntario de la participación, pudiendo retirarse en cualquier etapa del proceso si lo estimaban conveniente, sin que esto tuviera implicancias para ellos/as.
2. Con cada participante se tuvo un encuentro con el fin de realizar la entrevista en profundidad, la cual fue registrada audiovisualmente. En privado, primero se entrevistaba a el/la paciente y posteriormente a uno de sus familiares.

---

2 Categoría que denota los problemas o asuntos más significativos de un fenómeno de acuerdo a los/as investigadores/as. Permite reunir las categorías para formar un todo explicativo (Strauss y Corbin, 1990).

3 Explicación del fenómeno por medio de una historia que integra las categorías y memos (Strauss y Corbin, 1990).

3. De acuerdo con las estrategias metodológicas planteadas en la GT, luego de cada entrevista, ésta fue transcrita y analizada con el propósito de generar las categorías que guiaron las posteriores entrevistas.
  
4. Asimismo, existe el compromiso de entregar toda la información elaborada a todos los actores de esta investigación, incluyendo a los Informantes Claves.

#### **4.7. Consideraciones éticas**

Durante el desarrollo del presente estudio surgieron algunos aspectos éticos a considerar, los cuales se relacionan con lo siguiente:

Durante la formulación de la pauta de entrevista se hizo evidente que los difíciles contenidos necesarios de abordar podían eventualmente abrir temas conflictivos para los/as entrevistados, por lo que junto con asegurar la privacidad y la confidencialidad de los nombres de todos los involucrados, siendo sustituidos por unos ficticios para efectos de la investigación, se ofreció a su vez, la asistencia permanente del investigador para contener y tratar cualquier tema que haya generado algún hecho disruptivo posterior. Para este motivo, se confeccionó una carta de consentimiento informado (ver Anexo 5) la cual fue presentada a los entrevistados antes del inicio de las respectivas grabaciones de sus testimonios.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Análisis descriptivo

Tomando en consideración que al contrastar lo argumentado tanto por pacientes como por los familiares de éstos, se ha encontrado una alta convergencia y congruencia, resulta posible la formulación de dos esquemas de categorías que entrelacen y sintetizen las categorías centrales obtenidas en dos esquemas distintos.

Para tal efecto, se ha titulado ***Significados Atribuidos a las Prestaciones Recibidas por Parte de la salud mental*** al conjunto de experiencias que tanto pacientes como sus familiares han reportado en torno a lo más significativo que pudieron percibir en su contacto con los centros, servicios y/o redes de salud mental a las cuales acudieron en búsqueda de ayuda e insumos recibidos respecto de las atenciones otorgadas por parte de los profesionales que les atendieron (fundamentalmente médicos psiquiatras y psicólogos) y el tratamiento psicofarmacológico recibido. Se incluyen además, las sintomatologías más comúnmente detectadas en todos los casos, junto con aspectos disruptivos de la historia de vida, los cuales pueden ilustrar la variedad de factores ambientales concomitantes que también se ha podido apreciar en los respectivos cuadros clínicos, además de los diagnósticos que más frecuentemente fueron hallados en lo descrito por todas las fuentes.

El segundo gran esquema se titula ***Significados Atribuidos a la Sanación Esotérica*** y tiene por objetivo graficar las experiencias unánimemente reportadas acerca de las prestaciones recibidas por el equipo parapsicológico que les atendió junto con la opinión generalizada de rechazo al plausible argumento de la presencia de los efectos de la sugestión. A sí mismo, este esquema central también incluye información relativa a las nociones de aspectos parapsicológicos que tanto pacientes y familiares conocían antes y después de que los primeros se sometieran a un proceso de sanación esotérica, del mismo modo en que también son presentadas las rotulaciones y causas más frecuentemente encontradas por este tipo de abordaje a la sintomatología negativa presentada. De igual forma, se ha intentado reflejar lo ocurrido frente a la búsqueda de ayuda en otras prácticas y sanaciones (religiosas e inclusive de brujería), distintas a las ofrecidas por el equipo parapsicológico con el cual se atendieron todos y cada uno de los pacientes.

Respecto a **los Significados Atribuidos a las Prestaciones Recibidas por Parte de la salud mental**, emergen siete grandes categorías (Ver Diagrama N° 1), frente a las cuales ambos tipos de fuentes coinciden en formular que ellas son: Sintomatología Negativa, Acontecimientos Biográficos Disruptivos, Diagnósticos Formulados por Parte de la Salud Mental, Experiencias con los Profesionales de la Salud Mental, Experiencia con el Tratamiento Psicofarmacológico, Apreciación Global de la Salud Mental y Acontecimientos que Podrían Constituir un Desafío para la Interpretación Científica.

Frente a los **Significados Atribuidos a la Sanación Esotérica**, pacientes y familiares convergen en afirmar que las seis categorías (Ver Diagrama N° 2) fundamentales corresponden a: Búsqueda de Ayuda en Otras Sanaciones Alternativas, Esotéricas o Religiosas, Conocimiento de Aspectos Esotéricos, Diagnóstico Parapsicológico, Procedimiento Parapsicológico, Experiencia con la Sanación Esotérica y Rechazo a la Mejoría por la Sanación Esotérica Debido a la Sugestión.

Diagrama N°1: Significados Atribuidos a las Prestaciones Recibidas por Parte de la salud mental



Diagrama N°2: Significados Atribuidos a la Sanación Esotérica





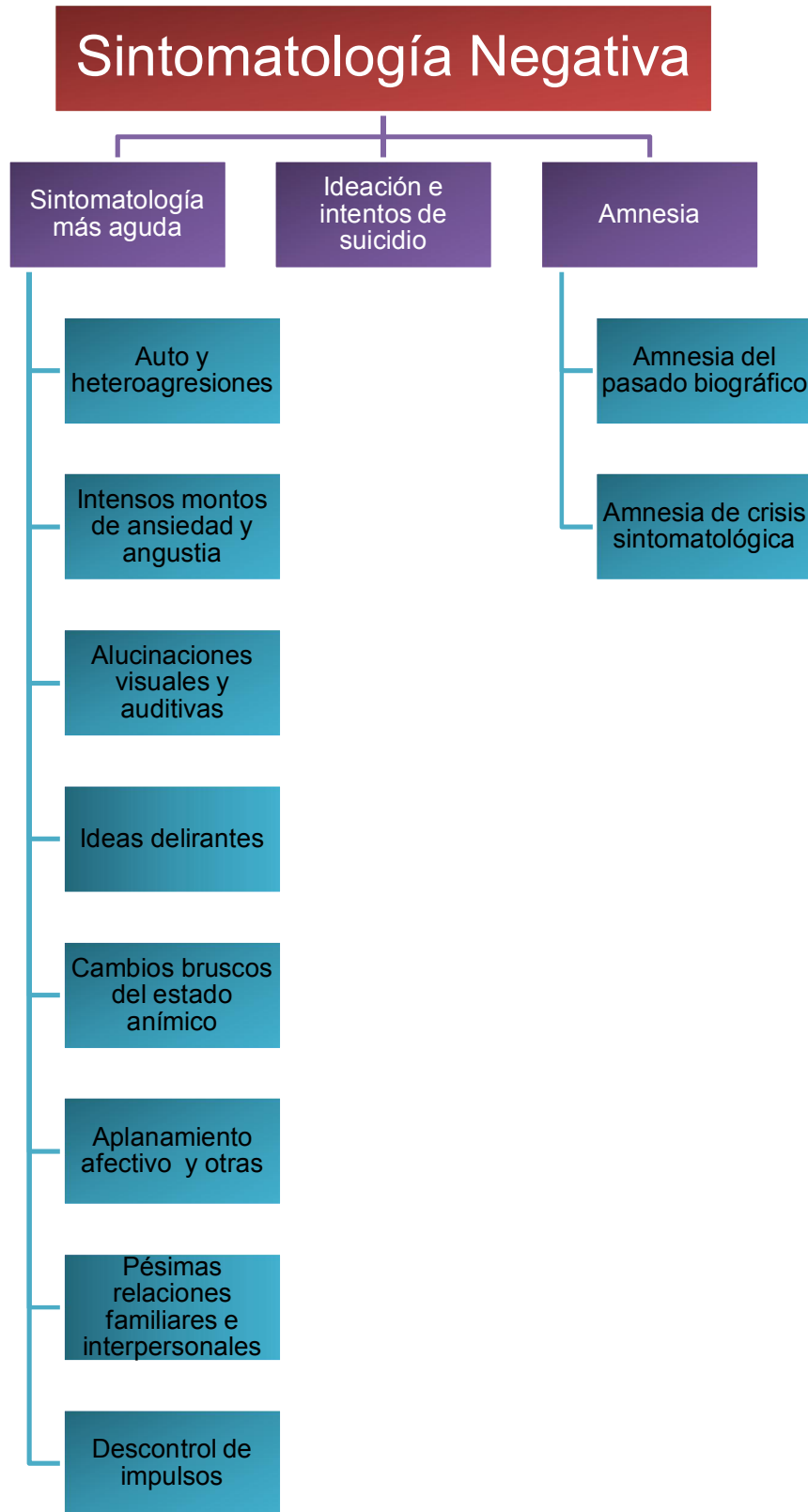
Cabe precisar que existen elementos que sólo fueron mencionados por algunas de las personas entrevistadas, razón por la cual no han sido incluidos en las categorías; no obstante, dado que aportan nuevos antecedentes a la pregunta de investigación también serán señalados en otro punto.

## **5.2. Significados Atribuidos a las Prestaciones Recibidas Por Parte de la salud mental.**

### 5.2.1. Sintomatología Negativa

Esta categoría hace referencia a los antecedentes que los/as entrevistados/as han entregado respecto de los síntomas presentados, los cuales ameritaron un grave perjuicio en términos de la estabilidad psicológica que padecieron los/as pacientes y también el entorno familiar en que están inmersos (Ver Diagrama N°3).

Diagrama N°3: Sintomatología Negativa



### 5.2.1.1. Sintomatología más aguda

Esta subcategoría contiene datos que se han desprendido de las entrevistas con la finalidad de ilustrar las características más graves, las experiencias de malestar más extremas, por las cuales cursaron todos los/as entrevistados/as, particularmente los pacientes.

Entre los aspectos más reiterados se destacan lo que para las ciencias de la salud mental corresponderían a **las auto y heteroagresiones, intensos montos de ansiedad y angustia, alucinaciones auditivas y visuales, ideas delirantes, cambios bruscos de estado anímico, aplanamiento afectivo, anhedonia, abulia, estupor, pésimas relaciones familiares e interpersonales y descontrol de impulsos.**

Carolina relata, por ejemplo, aspectos importantes de su intenso malestar, en su fase más compleja:

*“...me iba al baño, sentía una rabia conmigo, así incontenible...un odio hacia mí misma, por cualquier situación. No sé, me dijiste ‘no, tenía el pelo feo’, pero para mí no era el insulto, sino que era la rabia contra mí, de porque yo tenía el pelo feo, daba lo mismo el motivo... una rabia, o sea daba lo mismo el motivo; entraba al baño, miraba al espejo y me empezaba a tirar el pelo, me sacaba mucho pelo. Era pelo, pelo, pelo. Pero era... quería sentir ese dolor. No conforme con eso, me agarraba a cabezazos contra el lavamanos o agarraba un martillo y me golpeaba la cabeza. Me hacía daño...”. (Carolina, página. 3)*

*“... no daba más con esto. Ya no lo soportaba. Yo estaba en una crisis nuevamente con esta nueva pareja, con mi pareja. Tenía problemas en la pega, tenía problemas...Mis relaciones personales estaban como el forro. Estaba más sola que nunca. Mis hijos no se acercaban porque habían quedado traumatados, porque ellos veían...porque en realidad ellos me vieron hacer todo lo que yo hice...de hecho, no me daba ni vergüenza ya cuando me daban ganas de agarrarme a cabezazos, de golpearme, de matarme, de tirarme el pelo, que ellos estuvieran ahí. Pero llega un minuto en que tu sentí ya que...o te matai o encontraí una solución”. (Carolina, página. 9)*

De igual modo, Gustavo hace alusión a la etapa profundamente depresiva por la cual atravesó:

*“...era el acostarse y no querer despertar nunca más. Para mí era terrible el tan solo pensar que iba a amanecer, que iba a ver un nuevo día...”.*  
(Gustavo, página 2)

En sintonía con lo anterior, Gladys su esposa, coincide en la intensa desmotivación que embargaba a su marido:

*“No se quería lavar, no se quería levantar, no se quería bañar, no quería comer; quería estar puro acostado, todo el día. No quería hacer nada... Mira, esto duró...uhh...duró harto tiempo, entre que se levantaba a regañadientes y hacía algunas cosas...eran cosas... cuando tú le dices a una persona: ‘Lávate’. Como un niño de 13-14 que tengo yo los míos, que hay que estarlos empujando para que vayan a lavarse, porque ya están hedionditos, así era. Una actitud así, como de un niño...”.* (Gladys, esposa de Gustavo, página 2)

A continuación, ella parece querer graficar que el malestar psicológico de Gustavo fue tan radical que inclusive llega a desarrollar una percepción de extrañamiento hacia su esposo:

*“...él era otro, era otra persona...uno conoce a su marido, ¿sabe?...nosotros pololeamos nueve años. Él era una persona distinta, de hecho, yo no lo conocía”.* (Gladys, esposa de Gustavo, página 4)

Jessica, por su parte, pretende graficar que padeció de grave sintomatología negativa durante toda su vida, la cual no logra ser aplacada por las prestaciones de salud mental recibidas:

*“...Desde que yo tengo uso de razón mas menos de los dos años y siempre escuché voces...siempre vi cosas. Nunca tuve como otro tipo de experiencias. Empecé sí a tener depresión como a los ocho años. Empecé a tener otro tipo de traumas y otro tipo de cosas como más fuertes a los ocho años más o menos. Y de ahí a los 13 me empezaron a venir cosas*

*más fuertes. Crisis de pánico, depresiones más severas donde pasaba una semana, dos semanas encerrada en mi casa sin comer, sin dormir. Yendo al psicólogo, al psiquiatra, al médico... y nunca me encontraron nada...". (Jessica, página 1)*

Karen, madre de Johana, también expresa la grave sintomatología que manifestaba su hija, relativa a experiencias que podrían ser descritas por la salud mental como persistentes alucinaciones auditivas y visuales, acompañadas de un gran descontrol de impulsos, expresado en autoagresiones permanentes:

*"... porque empezó por ejemplo a cada vez más a hacerse más cortes en los brazos empezó con crisis a ver por ejemplo, en pleno día en la mañana le vino una crisis muy fuerte y ella empezó a ver según ella un payaso sobre un closet, entonces ese payaso no la dejaba en la noche ni en el día, después empezó a alucinar con la niña esta que la acompañaba, que le celebraba cada vez que venía su cumpleaños ella lo celebraba prácticamente con esta niña que ella veía y que era la Samanta...". (Karen, madre de Johana, página 2)*

En su testimonio, encontramos, al mismo tiempo, el crudo relato de las oportunidades en que su hija intenta quitarle la vida en medio de una exacerbación de su cuadro clínico:

*"... las crisis fueron siendo cada vez más fuertes hasta que en una oportunidad a mí por no haberle dado permiso para salir un año nuevo, ella estuvo a punto de cortarme a mí el cuello con un corta cartón. Después porque según yo era la niña (supuesta alucinación) en mí a veces cuando le venían las crisis, en mí veía a esa niña o que yo realmente era la persona mala porque en una oportunidad me lo dijo también de que le habían dicho que yo era el payaso (supuesta alucinación), el carácter mío era el payaso porque yo siempre el carácter mío ha sido como fuerte. He tratado de sacar la fortaleza a pesar de tantos años ya viviendo con esto que uno al final se cansa también, pero como le digo ella en 3 oportunidades trato como a mí hacerme daño". (Karen, madre de Johana, páginas 2-3)*

### 5.2.1.2. Ideación e intentos de suicidio

Guarda relación con un aspecto de la máxima gravedad y al mismo tiempo presente en todos y cada uno de los casos explorados en torno a la ideación, y en la mayoría de los casos, a los reiterados intentos de atentar contra sí mismos con la finalidad de quitarse la vida.

Un ejemplo de esto lo expone Carolina, a través de las siguientes citas:

*“... en la casa de mi mamá, cuando era lola. Esa fue la primera vez que colgué una cuerda de la pieza para ahorcarme...no fue tan bueno porque la cuerda se cortó y me pillaron”. (Carolina, página 5)*

*“...lo único que quería era morirme, morir, morir, morir, morir y, de hecho, yo le decía a mi marido: déjame morir, porque yo lo único que quiero es morir, déjame, tú preocúpate de tu vida, ocúpate de los tuyos a mí déjame morir y fue así como fuerte porque mis palabras arrojaban que yo lo único que quería llegar a ese objetivo, a morir...”. (Carolina, página 13)*

Patricio, su pareja, da cuenta de la gran incertidumbre y preocupación que ella le provocaba, en la siguiente cita:

*“La muerte era algo tan cercano que la Carolina se iba al baño y se podía matar. Es decir, la Carolina no podía ir al baño sola. Tenía que ir a hacer sus necesidades más básicas, acompañada. Dormía con un ojo abierto y el otro cerrado, porque se iba a matar. Yo llegaba del trabajo a las 18:50, me venía y estaba con ella mirando todo, porque si estábamos comiendo...no vaya a ser cosa que se entierre el tenedor. No comía con tenedor, tenía que comer con cuchara. Eran tiempos terribles...”. (Patricio, pareja de Carolina, página 6)*

Mirna, madre de Jessica, se explaya respecto de cortes y otros intentos de su hija para quitarse la vida, al igual que la señora Karen :

*“...el hecho es que yo la alcanzo a agarrar, porque se sube arriba de...nosotros estábamos en un segundo piso...y a tirarse. Ella atentaba con cualquier cosa, de repente un día llego porque noté que se demoraba mucho en llegar y la voy a ver y se había cortado los brazos, se había*

*cortado las venas. Y yo no hallaba como bajarla, una vecina me ayudó con la ambulancia, con todo. Entonces, fueron muchos episodios de diferente tipo que ella pasó”. (Mirna, madre de Jessica, páginas 7-8)*

*“... que ella hacia incluso el año pasado en dos oportunidades intentó suicidarse. Se tomo toda una cantidad de clorazepan y en esa oportunidad tuvieron que internarla allá en el Barros Luco y ahí los psiquiatras me dijeron que igual estaba ella en peligro de muerte...”. (Karen, madre de Johana, páginas 4-5)*

La propia Jessica se refiere a continuación a su escalofriante experiencia de intentar quitarse la vida en reiteradas ocasiones:

*“Me fui a tirar al río, me corté las venas, seguí tomando pastillas, me intoxicqué varas veces. Una vez me encontraron los mormones votada en una escalera de donde yo vivía y que no sé porque... qué es lo que debo haber tomado. Y ellos me llevaron al hospital, al San José que está ahí en Independencia. Y ellos me fueron a dejar adentro del hospital, llena de maquinas, llena de cosas...y me levanté, me saqué todas las cuestiones y me fui. Y a la salida me agarraron y para el hospital psiquiátrico. Pero tengo las marquitas aquí...de todos los cortes”. (Jessica, página 6)*

*“...eran tan profundos los cortes que mi hijo siempre me pregunta que me pasó ahí...que estas venitas y estas cosas me las tiraba hacia fuera con el cuchillo y me las cortaba. Me tiraba...hasta los tendones. Siento de repente por ahí que algo me tengo que haber pasado a llevar. Pero fueron muchos”. (Jessica, página 6)*

#### 5.2.1.3. Amnesia

Esta subcategoría hace referencia a la ausencia del recuerdo episódico respecto de acontecimientos traumáticos y/o límites ocurridos en la historia de vida de todos los pacientes entrevistados/as, los cuales inclusive al ser relatados por los familiares, resultan para los primeros/as una narrativa ajena e irreconocible. En otros casos el olvido de habilidades o competencias ya plenamente adquiridas, devino en consternación.

En este sentido, el aspecto en cuestión puede ser a su vez subdividido en dos elementos. Uno de ellos es la *amnesia del pasado biográfico*, correspondiente al no recuerdo de eventos ocurridos, por ejemplo, en la infancia y/o adolescencia, tal como Jessica lo expone con un tinte de perplejidad:

*“Mira, de las pocas cosas que me acuerdo...Yo no quería salir a la calle. No quería salir. Pasaba todo el día llorando, no quería comer...me pasaban cosas como súper extrañas”. (Jessica, página 1)*

Patricio describe el olvido de muchos acontecimientos por parte de su pareja Carolina, cuando presumiblemente hubieron comenzado las experiencias que describe como magia negra:

*“... no se acordaba nada. Ése es un dato súper importante que no mencioné. A partir que surtió efecto la magia negra. Desconozco cuándo llegan los efectos a la víctima. Desde que empezó a hacer efecto, la Carolina no se acuerda de nada. Un día fuimos al cine. Otra vez la invité a cenar a un restaurant de la Plaza Ñuñoa que le encanta y no se acuerda. Dice que se acuerda de los muebles, de situaciones bien puntuales, de ir a buscar licencia, pero vivía en una burbuja... vacíos muy grandes. Hace poco recordamos esa época y me dice que efectivamente estuvo como muerta. No se acuerda de nada”. (Patricio, pareja de Carolina, página 11)*

La *amnesia de crisis sintomatológica*, está más ligada a la sintomatología actual en el momento en que se producían las crisis más agudas. A modo de ejemplo, la siguiente cita de Jessica puede ilustrar este tipo de amnesia respecto de los momentos en que agredía a su madre:

*“... yo tengo muy poco recuerdo de las cosas que a mí me pasaban. Hay cosas que como que se han ido borrando o se han ido suavizando los recuerdos de las cosas que a mí me pasaban. Yo me acuerdo como de los momentos de lucidez que yo tenía... porque habían muchos momentos en los que yo (...) si me dicen que yo le pegaba a mi mamá. Y la verdad es que yo no me acuerdo de haberlo hecho... o sea, ella me dice que yo le pegaba y yo no me acuerdo de nada”. (Jessica, página 2)*



Las siguientes citas son formuladas por la madre de Jessica acerca de un complejo incidente al interior de un templo evangélico en que su hija no recuerda nada de lo acontecido:

*“...cuando hacía más o menos 15 minutos que ella había llegado y se corta la luz en la iglesia, y ella empieza como a... se le empieza a distorsionar el cuerpo, a Jessica. Y cae al suelo y era como cuando a una persona le da un ataque de epilepsia. Con la única diferencia que ella no tenía espuma en la boca ni nada, sino que solamente los ojos que no eran de ella, una cosa rara en la vista y el cuerpo que se le distorsionaba. Y esto ya después la sacan de la iglesia, la llevan a la casa y ahí esto se le pasa. Pasando los días, ella no volvió a experimentar ninguna cosa más, ni ella se acordaba...”. (Mirna, madre de Jessica, página 1)*

*“...mire, esa fue una lucha de cómo unas dos horas, yo creo. Ya después que se sintió un poco mejor que esto pasó, me dice: ‘Mami, pero que estoy haciendo aquí’... le digo yo: ‘no se po, ¿qué estás haciendo aquí?, ¿no te acuerdas?’ ‘No -me dijo- no me acuerdo”. (Mirna, madre de Jessica, página 2)*

Patricio nos expone, por su parte, la experiencia del repentino y temporal olvido en la realización de una habilidad o competencia muy incorporada por parte de Carolina, su pareja:

*“Desde que partió el tema, su incomodidad de no poder salir a la calle, quedarse sin manejar...cosas básicas se le olvidaron. Una vez me llamó: ‘Patricio, no se manejar’, ahí llorando... tuve que partir al centro a buscarla. No sabía parar, primera, segunda, ningún cambio, siendo que la Carolina maneja de los 15 años, manejaba con el papá, repartía pan”. (Patricio, pareja de Carolina, página 1)*

#### 5.2.2. Acontecimientos biográficos disruptivos

Esta categoría alude a la gran variedad de experiencias biográficas negativas que todos los entrevistados/as han tenido que enfrentar a lo largo de sus vidas y que desde el punto de vista clínico pudieran parecer muy importantes respecto de la emergencia de la sintomatología negativa que impulsa a pacientes y sus familiares a

buscar ayuda en primera instancia en los servicios y redes de salud mental, tal como lo ejemplifica Carolina:

*“O sea, yo tengo 32, físicamente represento mucho más porque he vivido toda la vida sufriendo. Viví toda la vida sufriendo y tuve una vida bastante dura. Te estoy contando sobre los golpes y te lo cuento así no mas...pero fue una vida dolorosa”. (Carolina, página 13)*

Jessica en su relato, también evidencia mucho sufrimiento desde muy pequeña siendo víctima de violencia intrafamiliar:

*“Yo vengo de una familia en donde mi papá era un golpeador empedernido, le sacaba todos los días la cresta a mi mamá, a mis hermanos y a mí, nos sacaba la mugre...hasta porque lo miraban. Entonces yo creo que uno tiene que aprender a superar todas las cosas que le pasan. Porque si no las supera uno, no las supera nadie. Uno tiene que aprender a pararse y seguir adelante. Entonces yo no puedo vivir pegada en que mi papá me sacaba la cresta todos los días y que en mi casa de repente no había plata para comer”. (Jessica, página 4)*

Claudia, por su parte, describe en las siguientes dos citas lo fuerte que aprendió a conducirse por la vida debido a las grandes amarguras que debió experimentar:

*“Lo que pasa que mi mamá me castigó mucho de forma muy brutal... que una de las cosas que, digamos, que el psiquiatra me dijo que habían gatillado últimamente en parte de mi comportamiento, porque mi mamá con lo que pillaba me pegaba, o sea fuera palo, cable, tengo cicatrices todavía de ese maltrato físico, psicológico...”. (Claudia, página 1)*

*“...son tantas cosas que, que ocurrieron en mi vida, yo desde de mi infancia sufrí mucho. Fueron como casos muy sucesivos uno tras de otro y fui muy castigada por mi mamá, después pase por muchas muertes en la vida (...) he... yo me considero una persona súper sufrida, pero también me considero un ave fénix que he vuelto como a nacer, pero esta última vez, ahí nació de verdad, y yo creo que, no se po, es como que si alguien no quisiera que yo siguiera viviendo. Yo creo que esa es la palabra, porque intente durante muchos años quitarme la vida”. (Claudia, página 1)*

Asimismo, Mirna madre de Jessica, refiere un delicado suceso familiar. Tan grave que considera que su hija necesitó reprimirlo y/o negarlo por mucho tiempo:

*“Cuando se perdió su hermana... y descubrimos que a su hermana su papá la había violado. Entonces esa fue la parte que a ella como que más la... ella nunca dijo nada, nunca se refirió a nada...como que todo eso ella lo borró. Yo pienso que ella lo borró de su cabeza y no lo sacó hasta mucho tiempo, mucho tiempo después”. (Mirna, madre de Jessica, página 6)*

Johana, expone en las siguientes citas no sólo la mala relación que tuvo con su madre sino que también uno de los hitos negativos más importantes de su vida, el cual la induce precisamente a buscar vengarse a través de la magia negra y otros rituales propios del ocultismo:

*“Yo a los 6 años fui abusada sexualmente y se supone que toda esta rabia, toda esta ira y todos estos rituales que empezamos a hacer iban dirigidos a esta persona que había abusado de mi...”. (Johana, página 4)*

*“La relación con mi mamá era súper mala. No teníamos una relación madre e hija...”. (Johana, página 5)*

Por su parte Alejandro, nos muestra en la siguiente cita cómo a través de la devolución que le hace el psiquiatra tratante a su esposa queda en evidencia la existencia de traumas de infancia no resueltos en ella:

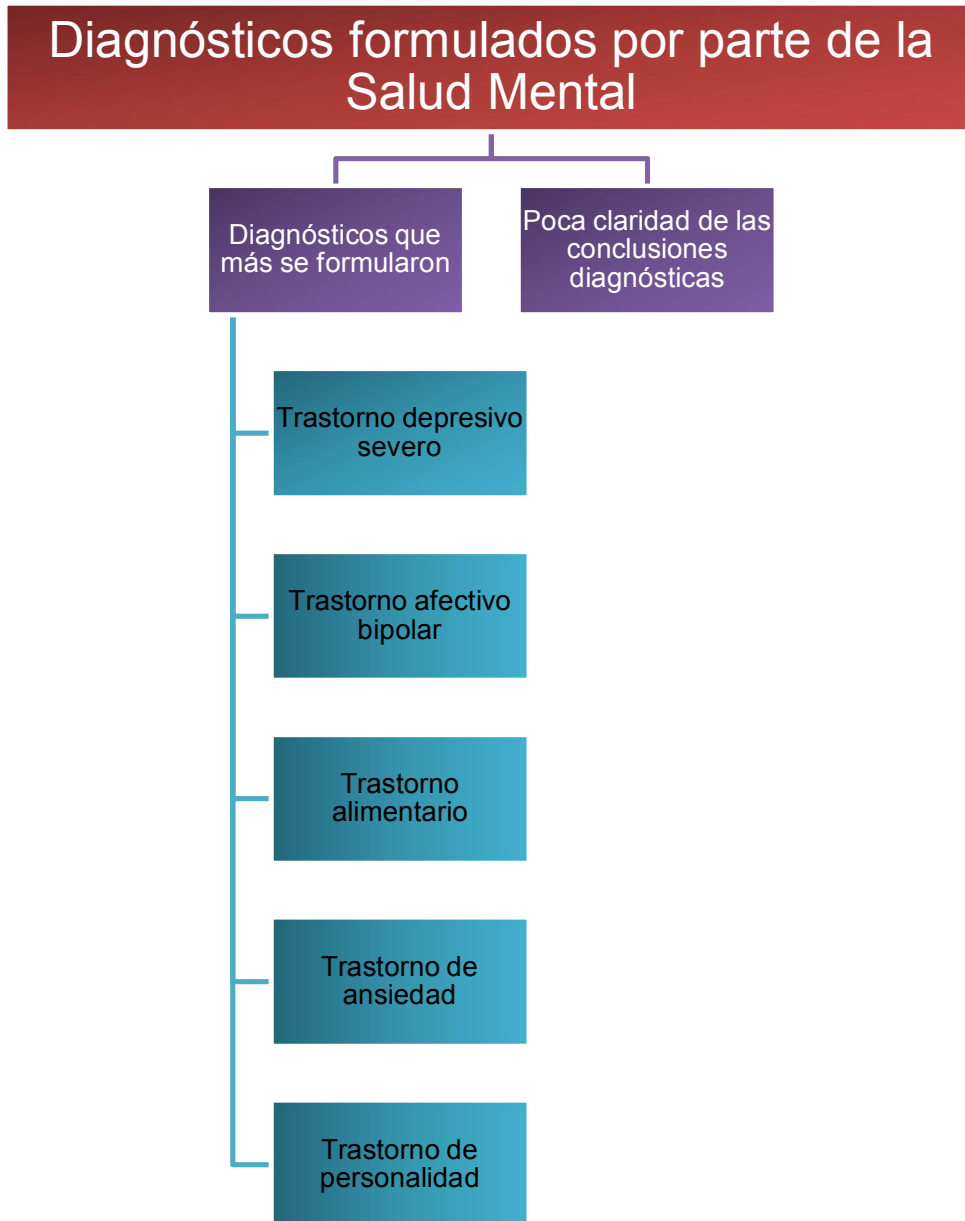
*“...el doctor le dio un tratamiento con medicamentos. Le dijo que tenía una depresión y que tenía algunos temas de su infancia que quizás estaban provocando algunos tipos de angustia en este momento porque estaban saliendo a la luz en este momento. Problemas que no había superado, la verdad”. (Alejandro, esposo de Claudia, página 3)*

### 5.2.3. Diagnósticos formulados por parte de la salud mental

Esta categoría da cuenta de las clasificaciones diagnósticas formuladas por los médicos psiquiatras y psicólogos que atendieron a cada paciente y que más frecuentemente se reiteraron en los distintos casos, incluyendo la dificultad en el

establecimiento de una explicación diagnóstica clara y oportuna como una percepción generalizada por parte de los entrevistados/as (Ver Diagrama N°4)

Diagrama N°4: Diagnósticos formulados por parte de la salud mental



#### 5.2.3.1. Diagnósticos que más se formularon

Esta subcategoría pretende precisar las clasificaciones diagnósticas que más comúnmente médicos psiquiatras y psicólogos formularon en cada caso explorado. Es así como el **trastorno depresivo severo**, **trastorno afectivo bipolar**, **trastorno alimentario**, **trastorno de ansiedad** y **trastorno de personalidad** emergen como los rótulos que sistemáticamente más se encontraron, tal como lo ejemplifican las siguientes citas de Carolina:

*“Me dijo que lo más cercano que yo tenía era un trastorno bipolar”.*  
(Carolina, página 2)

*“Llego al psiquiatra. Este psiquiatra dice: ‘ella está muy mal; Señores, tengo que conversar con ustedes y a esta niña hay que internarla, porque tiene el trastorno bipolar II’.”* (Carolina, página 7)

*“Como te digo, tuve todas las enfermedades nerviosas habidas y por haber, ¡todas! Estuve flaca como palo y por eso mismo, todo este desencadenante de situaciones, de enfermedades del tipo nerviosas”.*  
(Carolina, página 4)

Asimismo, Claudia nos muestra que para ella, los diagnósticos en la línea de los trastornos ansiosos y depresivos estuvieron presentes en su proceso:

*“...después las crisis de pánico después fueron muy seguidas pero eran que yo empezaba a tiritar y como que se me salía el corazón y ahí yo no se po, pedía ayuda la Help, siempre estuvo como ayudándome tratando de inyectarme algo a la vena para calmarme... y pero fueron... muy seguidas después y durante dos meses yo no podía estar sin crisis porque me venían a cada rato”.* (Claudia, página 8)

*“...después que tuve a mi hija, empezaron las crisis de pánico depresión severa y sufrimiento así, desde que me levantaba hasta que me acostaba, era como una lucha interna conmigo misma que no, insostenible, insostenible”.* (Claudia, página 1)

Mirna, nos cuenta a continuación, cuáles fueron los diagnósticos en que los psiquiatras se basaron para atender a su hija Jessica:

*“...y que el psiquiatra la trataba específicamente por trastorno de personalidad y bipolaridad. Que eso era lo que él le había dicho que a ella le había afectado”.* (Mirna, madre de Jessica, página 4)

#### 5.2.3.2. Poca claridad respecto a las conclusiones diagnósticas

Esta subcategoría da cuenta de la negativa evaluación que pacientes y familiares realizan respecto de la que, a juicio de ellos, fue un accionar ineficaz y

confuso por parte de los profesionales de la salud mental que los atendieron al intentar establecer una explicación diagnóstica clara y creíble, aspecto que más bien se caracterizó por la formulación de diferentes hipótesis diagnósticas, sin que necesariamente, hubiera una respuesta definitiva, ni consenso entre los distintos profesionales que se dedicaron a cada caso, tal como lo relata Jessica:

*“...me dijeron que era depresión bipolar, que era borderline, que era esquizofrénica...me hicieron todos los diagnósticos...‘estrés depresivo’. Me dieron todas las posibilidades. Lo último que me diagnosticaron era que tenía un trastorno limítrofe... ¿Puede ser? Un trastorno grave de la personalidad limitado con un trastorno bipolar del tipo no se cuantito...que era la más grave de todas”. (Jessica, página 6)*

Patricio por su lado, nos muestra en las citas siguientes, la variedad de diagnósticos recibidos por parte de su pareja Carolina en la línea de los trastornos afectivos:

*“...una evolución desde una depresión que le diagnosticaron inicialmente, cuando partió con todo este ciclo que fue como en noviembre o diciembre... no sé, por ahí. Y fue pasando de depresión, a depresión severa, cuadro bipolar uno, y de ahí del cuadro bipolar uno como en un mes pasó al cuadro bipolar dos, ya con alucinaciones que estaba viendo, ruidos, sentía su voz, que le hablaban al oído...”. (Patricio, pareja de Carolina, página 1)*

*“Y después pasamos a otro psicólogo que dijo: ‘No esto está errado, el diagnóstico es trastorno bipolar’. Y la Carolina ya venía con el trastorno bipolar de chica, ahí me contó que la habían diagnosticado cuando chica del trastorno bipolar y que había tomado litio”. (Patricio, pareja de Carolina, página 2)*

Otro ejemplo lo expone Mirna, madre de Jessica respecto de la falta de consenso por parte de los profesionales de la salud mental en los criterios diagnósticos que se formularon:

*“...llegaba al hospital y la inyectaban, se quedaba tranquila. De hecho estuvo hospitalizada también como un mes, la vieron los psiquiatras, la*

*vieron diferentes psicólogos. Y todos daban una opinión diferente. O sea, que ella tenía trastorno de personalidad...que era...como se llama esto cuando...que era bipolar...diferentes diagnósticos...". (Mirna, madre de Jessica, página 1)*

La siguiente cita de Johana, es otro ejemplo representativo del errático proceder de los profesionales de la salud mental respecto de la definición de unos criterios diagnósticos precisos y útiles:

*"Bueno, nunca me dieron un diagnóstico claro, pero por lo que decían era un déficit atencional que tenía que era normal en algunos niños. Ese era como el diagnóstico que me dieron pero nunca llegaron a nada claro así. A pesar que yo tenía alucinaciones nunca indagaron mas allá de por qué a mí me pasaban estas cosas". (Johana, página 8)*

#### 5.2.4. Experiencia con los profesionales de salud mental

Esta categoría guarda relación con la apreciación subjetiva generalizada que pacientes y familiares han formulado respecto de la experiencia que tuvieron con todos los profesionales de la salud mental que les atendieron, más concretamente, médicos psiquiatras y psicólogos (Ver Diagrama N° 5).

**Diagrama N°5: Experiencia con los profesionales de salud mental**





#### 5.2.4.1. Experiencia muy negativa con médicos psiquiatras

Esta subcategoría sintetiza la pésima experiencia que la inmensa mayoría de los entrevistados/as considera que tuvo con los médicos que tienen esta especialidad, ya sea que éstos pertenecieran a la atención pública o al sistema privado de salud.

Por una parte, los médicos psiquiatras son descritos como profesionales cuya actitud es **déspota e impersonal** respecto de la atención brindada tanto a pacientes como familiares. Las siguientes citas de Gustavo son un buen ejemplo de ello:

*“...yo voy a ser bien tajante en este sentido...para mí el psiquiatra...entre más enfermos y depresivos hayan, mejor...sin ofender a nadie. Me estoy refiriendo específicamente al psiquiatra. Para mí, el psiquiatra es una persona que te habla, saca su conclusión y en base a su conclusión te da un medicamento insano, sin medir la consecuencia que trae este fármaco, porque su intención es subirte el ánimo, nada más, pero no tu autoestima, no tu mejoría real, sino que una mejoría aparente que te la da el remedio...”. (Gustavo. Pag. 11)*

*“Los psiquiatras están muy equivocados en pensar que mejorar es sinónimo de envenenar”. (Gustavo, página 4)*

Patricio, la pareja de Carolina, ejemplifica en estas citas la falta de dedicación y displicencia con que se ha percibido el accionar de los médicos psiquiatras:

*“El doctor le hacía una vez psicoterapia 5, 10 minutos, unos medicamentos y para la casa”. (Patricio, pareja de Carolina, página 5)*

*“El psiquiatra tiene su método de acción que es en base a pastillas. Según la bibliografía que hay, tú tienes una cierta medicación para atacar cada problema. Y si alguna persona se muere entre comillas, es porque se murió no más”. (Patricio, pareja de Carolina, página 9)*

La segunda descripción que mas unánimemente arrojaron las entrevistas en torno al cometido de los médicos psiquiatras tiene que ver con un **accionar ineficaz y muy limitado al tratamiento farmacológico**. En este sentido la opinión de Gustavo se puede sintetizar en las siguientes citas:

*“...yo voy hablar de lo que hicieron conmigo los psiquiatras. Bueno, el psiquiatra solamente se remitía a hacer una entrevista, conversar: ‘¿Cómo se ha sentido? ¿Cómo ha estado de ánimo? Cómo estoy durmiendo’. Y en base a eso, te mandaba una batería de fármacos...”. (Gustavo, página 3)*

*“... yo creo que los psiquiatras en sí, se abocan solamente a mejorarte desde su punto de vista específico. O sea, te estás sintiendo mal de la cabeza, o tu depresión, tu estado de ánimo, tu dormir está trastocado, ‘te vamos a dar una batería de fármacos para solucionar ese problema’, ¡pero no dimensionan mas allá de que esta cuestión tiene efectos colaterales terribles!”. (Gustavo, página 4)*

A continuación Alejandro, esposo de Claudia también destaca las limitadas competencias con que estos profesionales de la salud mental fueron juzgados:

*“...el psiquiatra me había quedado claro de que lo único que prácticamente hacía era ver algún tipo de mal función orgánica o biológica del aspecto mente o cerebro y darte medicamentos, o sea, no sentí que era más que eso”. (Alejandro, esposo de Claudia, páginas 6-7)*

En la misma línea, Patricio intenta ejemplificar su percepción de que frente a las distintas problemáticas en el ámbito de la salud mental, los médicos psiquiatras sólo pudieran responder de una sola forma:

*“En cambio, el psiquiatra: Si te estás sintiendo mal, sientes angustia, tómate esta pastilla. Tienes alucinaciones, tómate esta pastilla. Esos son los marcos de acción”. (Patricio, pareja de Carolina, página 8)*

Carolina, en la cita que sigue, recalca no sólo el escaso repertorio de estrategias por parte de los psiquiatras, predominantemente limitado a lo psicofarmacológico, sino que también la ineficacia de este tratamiento en ella:

*“El médico que me cura sólo me daba medicamentos para que yo me sintiera mejor (...) nunca me sentí bien, nunca”. (Carolina, página 13)*

En la cita de Claudia, ella no sólo hace alusión a la ineficacia del cometido de su psiquiatra, sino que también al deficiente vínculo entre ambos:

*“...yo nunca recurrí a él (psiquiatra) porque yo ya no me sentía escuchada. Ya no sentía que me estuviera sanando...para él era dar más fármacos más y más... si yo con los fármacos que él me daba yo ya no vivía (...) me levantaba porque él me dopaba con medicamentos y la última vez que me vio me quería hospitalizar...”. (Claudia, página 20)*

Según lo expuesto por Jessica, queda claro en las siguientes dos citas ejemplificadoras de su experiencia, el sentimiento de pesimismo y quizás, inclusive, de incompetencia por parte de los propios médicos psiquiatras que la atendieron en una de sus internaciones:

*“...y entre las últimas crisis que me dieron dentro del hospital, la psiquiatra que me veía mandó a llamar a mi mamá y le pidió que...que ya me tenían que dar el alta y todo, porque ya no sabían qué hacer conmigo. Entonces me mandaron para la casa”. (Jessica, página 8)*

*“La gente como tú no se mejora’... que era lo que me decían todos los psiquiatras, ‘la gente como tú no se mejora’. La psiquiatra que a mí me veía, era tan optimista que me decía: ‘Gente como tú termina en el cementerio, termina matándose. La gente como tú...tú no te vas a mejorar nunca. Nunca te vai a mejorar. Vai a depender el resto de tu vida de los remedios’”. (Jessica, página 10)*

Como podrá apreciarse en las próximas citas, una experiencia casi idéntica a los ejemplos anteriores es la que reporta Claudia fundamentalmente respecto de la incompetencia del psiquiatra tratante y lo inoficioso de su proceder terapéutico muy enfocado en lo psicofarmacológico:

*“...pero siempre eran muchas preguntas, preguntas, preguntas, preguntas, preguntas y nada de ayuda. Así entonces sentía como que si a mí me estaban mandando donde el psiquiatra, me tenía que dar técnicas y herramientas pa yo poder salir, pero ninguna de las que me daba me ayudaba”. (Claudia, página 7)*

*“...yo sabía que él no me iba a poder ayudar que y de hecho él se sentía como incompetente ante mi caso porque ya llevaba como muchos años tratando de ayudarme y los fármacos eran como más, más y más. En vez de disminuir eran como más...” (Claudia, página 7)*

La madre de Jessica también coincide con todo lo expresado anteriormente respecto del énfasis a su juicio desproporcionado e ineficaz que los médicos psiquiatras le otorgaron al tratamiento farmacológico y lo poco que profundizaron en todos los otros aspectos de lo que aquejaba a su hija:

*“Acá lo único que ellos hacían era que ella llegaba, la controlaban...de repente el doctor me hacía pasar a mí y yo escuchaba lo que le preguntaban, lo que conversaban. Y aparte de eso le hacían la receta y le daba un montón de pastillas y nada más po. Pero nunca hicieron un así por ejemplo...un estudio más profundo de que fue lo que a ella le pasó”.*  
*(Mirna, madre de Jessica, página 4)*

#### *5.2.4.2. Mejor experiencia con profesionales de la psicología por mejor alianza terapéutica y mayor apertura a otros temas, aunque la mejoría fue acotada o nula*

En esta subcategoría se da cuenta de la mejor experiencia que los/as entrevistados/as tuvieron con los profesionales de la psicología fundamentalmente por el establecimiento de una gran alianza terapéutica, aunque los abordajes psicoterapéuticos que se llevaron a cabo tampoco resolvieron la sintomatología más aguda y apremiante que los pacientes padecieron. Es así como Johana hace alusión al gran vínculo que se logró construir con su último psicólogo tratante en conjunción con una apertura de éste, a la consideración de lo esotérico:

*“...que él es mi psicólogo también. Él me hace la psicoterapia a mí. Él fue el primero en sospechar que podía haber algo esotérico porque empezamos a hablar. Yo creé un lazo súper fuerte con él de confianza, yo le empecé a contar todo y le conté a él que en su tiempo yo había practicado magia negra y todos esos temas...” (Johana, página 12)*

Jessica, por su parte, no sólo hace alusión al excelente vínculo con su psicóloga sino que ésta también la habría ayudado en la superación de temas puntuales:

*“...con la última psicóloga que vi, con ella como le tenía muy buenas migas, porque ella como que trataba de ponerse en mis zapatos. Y eso me ayudo harto, me ayudó harto a controlar cierto tipo de cosas que de repente una sola no puede”. (Jessica, página 3)*

Patricio se encarga, por una parte, de manifestar que los psicólogos pueden tener más apertura al considerar más temas que los médicos psiquiatras pero al mismo tiempo se encarga de poner énfasis en que el accionar del profesional de la psicología puede estar predominantemente más orientado y limitado al logro de una mejor adaptación al medio ambiente que rodea al paciente:

*“...yo veo el siguiente esquema: un psicólogo claramente podría creer en aspectos parapsicológicos, porque ve el tema integracional”. (Patricio, pareja de Carolina, página 9)*

*“Quizás si llega a un psicólogo una persona con depresión, el psicólogo te puede ayudar a integrarte a no salir a la calle, a: ‘esto te puede servir’, ‘júntate con tus amigos, pero no bebas’. Un tema de integración, algo más psicosocial”. (Patricio, pareja de Carolina, página 8)*

Don Gustavo también hace alusión a una mayor dedicación, empatía y plasticidad en su experiencia con los profesionales de la psicología, factores que finalmente tampoco implicaron la resolución de su sintomatología más grave:

*“...pero mi relación con los psicólogos ha sido más amena, mucho más...se nota más preocupación del profesional hacia uno. O será que yo me siento mucho mejor con ellos... porque hablamos, aparte de la enfermedad, hablamos de la contingencia, del terremoto que está de moda...pero siento que ellos me han ayudado mucho más en ese aspecto, en psicoterapia”. (Gustavo, página 4)*

“... no es que me hayan ayudado más, sino que me sentía más cómodo con ellos. Eran más cálidos. La forma de tratar era mucho más cálida...”.  
(Gustavo, página 5)

#### 5.2.5. Experiencia con tratamiento psicofarmacológico

Esta categoría hace alusión a los más variados tratamientos psicofarmacológicos, que fueron prescritos para los pacientes entrevistados/as y sus efectos altamente nocivos en todos los casos (Ver Diagrama N° 6).

**Diagrama N°6: Experiencia con tratamiento psicofarmacológico**



##### 5.2.5.1. Psicofármacos más prescritos

Esta subcategoría, permite apreciar la heterogeneidad respecto de la farmacoterapia suministrada, tratamientos que prácticamente abarcaron toda la gama que ofrece la farmacología para los tratamientos relativos a la salud mental, de acuerdo a los médicos psiquiatras que les atendieron.

Los medicamentos utilizados cubren un amplio rango de **antidepresivos**, **ansiolíticos**, **antipsicóticos** y **estabilizadores del ánimo**. Gustavo, por ejemplo, se

refiere a su tratamiento farmacológico, el cual incluyó un benzodiazepínico, un antidepresivo, un anticonvulsivo y un antipsicótico:

*“Mira estaba tomado clonazepam, estaba tomando venlafaxina, estaba tomando ácido valproico y estaba tomando risperidona...”. (Gustavo, página 2)*

Carolina también plantea su experiencia al respecto. Como se puede apreciar en las siguientes citas, a ella le habrían recetado benzodiazepínicos, estabilizadores del ánimo y un antiparkinsoniano, entre varios otros:

*“Me dio unos medicamentos para que me tranquilizara; me dio ravotril 0.5 para dormir, me acuerdo, y me dio un ansiolítico. No me acuerdo bien su nombre”. (Carolina, páginas 1-2)*

*“...tomaba litio, se llamaba carboron. Supuestamente era para regular el trastorno bipolar. Después tomé otro medicamento que era tonaril, porque yo temblaba, era una gelatina...También me dio...uff, no me acuerdo exactamente de los nombres, es que son tan raros...pero tengo una caja con todos los medicamentos y los tengo como de recuerdo para acordarme de esa situación...”. (Carolina, página 2)*

Johana también describe la variedad de medicamentos que ha tenido que consumir por largo tiempo:

*“Empezaron a darme antipsicóticos. Como tenía alucinaciones empezaron a darme antipsicóticos. venlafaxina, risperidona, quetiapina, ácido valproico, como estaba con depresión también necesitaba estabilizarme con algo. Estuve con sertralina... con varios medicamentos”. (Johana, página 8)*

Jessica en la siguiente cita es otro buen ejemplo de la las grandes variedades y cantidades de psicofármacos que fueron prescritos:

*“... tomé entre el diazepam, alprazolam...todos los “am” que puedas conocer, clonazepam, tomé meleril, tomé litio...montones de antipsicóticos que me los fueron cambiando a medida que vieron que no iban dando*

*resultados...fluoxetina...me dieron.... Hay una cosa que te deja tiritón... ¿qué es?...que se lo dan a los esquizofrénicos...carbamezepina, ácido valproico, acicox...tomé quetiapina...tomé un montón de cosas. Hasta hace tiempo atrás que me habían dado, como hace 4-5 años atrás me habían dado... una cosa nueva que salió ahora...No recuerdo como se llama. Pero he tomado muchos remedios, muchos, muchos, muchos".*  
(Jessica, página 4)

#### 5.2.5.2. Pésima experiencia con tratamiento farmacológico

Esta subcategoría retrata la muy negativa experiencia que todos y cada uno de los pacientes y sus familiares experimentaron respecto de los tratamientos psicofarmacológicos que recibieron a lo largo del tiempo, tal como se ejemplifica con la airada reacción que don Gustavo manifiesta en contra de los psiquiatras y los graves efectos colaterales que los psicofármacos cree que conllevan:

*"Los psiquiatras están muy equivocados en pensar que mejorar es sinónimo de envenenar. Me refiero específicamente a esos remedios. O sea, son drogas tan fuertes que, claro, te hacen sentir bien, pero a largo plazo te producen problemas a los riñones, al estómago, te producen una serie de problemas colaterales, dependencia. Siento que el psiquiatra, no, no...es lo que te digo no más (...) o sea, decir 'mire, le vamos a dar clonazepam, ya que no responde con el alprazolam que es más suave, nos vamos a ir a la segura y le vamos a dar clonazepam".* (Gustavo, página 4).

Gladys, su esposa, avala su opinión respecto de lo errático y dañino del tratamiento prescrito:

*"Le empezaron a dar remedios, remedios que no le hacían bien, porque vomitaba... Y no recuerdo cuáles eran los nombres, pero según él, que ese tipo de remedios no le hacían bien. Después le cambiaron a otro, después le cambiaron a otro...y así fueron variando los medicamentos, y ninguno le hacía bien".* (Gladys, esposa de Gustavo, página 1)



La cita de Carolina refleja no sólo la dificultad en encontrar un tratamiento farmacológico para su padecer sino que además lo ineficaces que fueron todos ellos:

*“...durante los seis primeros meses cambiamos semanalmente los medicamentos. Estábamos siete días con un medicamento, esperando que me hiciera efecto, y no me hacían nada”. (Carolina, página 2)*

A continuación, Jessica aborda el burdo efecto que el medicamento recetado tuvo en ella:

*“... yo con el ácido valproico, no sentía absolutamente nada. Pero eso me lo dieron después, cuando yo ya venía como paciente para acá. Me dieron ese ácido valproico y andaba así, como insensible todo el día. O sea, podían estar matando a alguien al lado mío y yo no tenía ninguna reacción”. (Jessica, página 4)*

En sintonía con lo expresado hasta ahora, Patricio explica cómo, en el caso de su pareja, la efectividad de la farmacoterapia fue empeorando al igual que el estado de salud de Carolina:

*“Conforme fue avanzando su enfermedad, los remedios iban haciéndole cada vez menos efecto, los remedios no hacían efecto y su estado de salud empeoraba cada vez más”. (Patricio, pareja de Carolina, página 1)*

Mirna, madre de Jessica también ejemplifica lo iatrogénico del tratamiento psicofarmacológico suministrado a su hija:

*“...la trataban con un montón de medicamentos que no terminaba nunca. Incluso habían unas pastillas que yo creo que a ella en vez de hacerle bien, le hacían terriblemente mal, porque pasaba angustiada, pasaba llorando, pasaba durmiendo. Había días en que dormía todo el día y dormía toda la noche y lloraba por todo”. (Mirna, madre de Jessica, página 4)*

*“... porque veía que las pastillas que le daban eran tan fuertes, que en el fondo no la beneficiaban. Porque le hacían pedazos el estomago, ella*

*vomitaba. Ella prácticamente era una persona sin vida donde tomaba tanto medicamento...”. (Mirna, madre de Jessica, página 11)*

Por su parte Alejandro, marido de Claudia, no sólo aborda el efecto de los psicofármacos respecto de, más bien, enmascarar el problema real sino que al igual que el resto de los entrevistados/as opina acerca del muy negativo efecto de ellos en las siguientes dos citas:

*“...no resolvieron el problema, o sea, el problema con los medicamentos se escondía, digamos que estaba ahí oculto pero iba a volver a en cualquier momento”. (Alejandro, marido de Claudia, página 5)*

*“...como te decía, con el psiquiatra se retomó el tratamiento. Aumento las dosis, cambio algún medicamento, no me acuerdo exactamente cuál y el resultado fue no se... fue peor yo creo. Ella andaba media mareada con las pastillas...le eche la culpa a las pastillas el hecho de que ella tuviera una personalidad más diferente a la que tenía antes (...) pero no se veía ninguna mejoría, o sea, al contrario del año anterior, las pastillas no la estabilizaron. Sus cambios de temperamento no la hicieron más tolerante. Empezó a pelearse con todo el mundo. Peleó con la familia, se peleó con los amigos, con los vecinos, se peleaba conmigo, se peleaba con los niños y realmente me pareció algo irracional”. (Alejandro, marido de Claudia, página 6)*

Johana argumenta, por su parte, idéntico discurso que el resto de los entrevistados/as en esta investigación:

*“No me hicieron nada (medicamentos), porque yo iba de mal en peor... a medida que iba creciendo iba empeorando mi situación”. (Johana, página 8)*

*“El tema de los fármacos podría decir que no me han ayudado en nada, porque nunca vi resultados como para decir que se me desaparecieron las alucinaciones o todo eso... no me ayudaron en nada y eso que intentaron con miles dosis y cosas pero nunca resultaron...”. (Johana, página 19)*

## 5.2.6. Apreciación global de la salud mental

Esta categoría vislumbra la caracterización de la experiencia subjetiva que impregna la apreciación que pacientes y familiares esgrimen frente a la totalidad de las prestaciones recibidas desde el ámbito de la salud mental, en tanto *corpus* unificado desde el punto de vista epistemológico, poseedor de especialidades y técnicas de ayuda (psiquiatría, psicología y farmacoterapia) y de una correspondiente legitimidad social y poder, otorgado por el imaginario colectivo.

### 5.2.6.1. Salud mental apreciada más bien como paliativa y/o de ayuda relativa

Esta es una subcategoría en que por unanimidad los entrevistados/as coinciden en afirmar que la salud mental no permitió solucionar la dificultad sintomatológica más aguda o subyacente que presentaban, tal como argumenta don Gustavo y Jessica, en las siguientes citas:

*“Para mí, te lo digo sinceramente, para mí no fue...la medicina alópata, la medicina mental que practican tanto psicólogos como psiquiatras, es un poco paliativa, tratan de mejorar tu calidad de vida, pero no tratan de mejorarte, tratan de que tú vivas mejor con esta enfermedad, pero no te mejoran porque es muy difícil que te mejoren, porque para esto no existen remedios que te mejoren tu espíritu, tu alma, tu...la chispa que te da la vida. Te mejoran la química de tu cuerpo, pero no te mejoran el espíritu”.*  
(Gustavo, página 12.)

*“...yo no digo que no te ayuden, yo creo que hay ciertas cosas en las que los psiquiatras y los psicólogos si te pueden ayudar, y te pueden ayudar mucho. No sé si a mí en algún momento...yo sé que trataron de hacer todo lo posible para ayudarme. Pero yo creo que lo mío no iba por ahí...”.*  
(Jessica, página 4)

La madre de Jessica se encarga de que quede claro el inoficioso cometido por parte de las prestaciones que su hija recibió de la salud mental en no sólo mejorar su estado sino que además evitando su empeoramiento:

*“...yo por lo que veía, realmente a ella no le sirvió de nada. Porque en realidad no vi que ella tuviera una terapia de recuperación. Porque si usted me dice: ‘mire, la psicoterapia se trata de esto...que ella tenga una conversación con él, o le voy dando un cauce para que ella se vaya*

*recuperando'...yo jamás vi eso en el hospital acá". (Mirna, madre de Jessica, página 4)*

*"...el cambio con los psiquiatras, con los psicólogos que la vieron...yo la veía cada día peor...ánimicamente... peor o sea, no en el sentido de que le vinieran las crisis, pero en el sentido anímico". (Mirna, madre de Jessica, página 11).*

Claudia, de acuerdo a su experiencia y sus buenas posibilidades económicas, manifiesta su decepción frente a lo recibido por parte de la salud mental, en especial en lo que a atención por parte de psiquiatras y tratamiento psicofarmacológico se refiere, pese a que pudo acceder a lo mejor que en este ámbito de la salud, es posible encontrar en Chile:

*"Es que mira...tuve cuantos años, 4 años en medicamentos. Casi estuve inconsciente. Nadie me pudo ayudar, yo sentía que nadie me podía ayudar con todo esto. O sea, se me dieron todos los recursos para optar a las mejores clínicas. Yo lo digo así, no es por una cuestión de mí. Es porque a veces mucha gente no tiene los recursos y tampoco tiene las posibilidades de sanarse, pero esto del psiquiatra a mí no me ayudó en nada". (Claudia, página 22)*

*"Si los mejores... no, no, no pasó nada, no pasó nada. Siempre era mucha plata la que se invertía en mí. Yo decía qué voy a hacer...hasta dónde voy a llegar si nadie me puede ayudar, ¡nadie!... entonces el médico que me estaba atendiendo se suponía que era el mejor de la clínica y lo sigue siendo, pero no me pudo ayudar. El hecho es que él se sintió como incompetente...". (Claudia, páginas 22- 23)*

Por su parte Gladys, esposa de Gustavo, critica fuertemente la naturaleza e ineficacia de los tratamientos en las instituciones psiquiátricas, aludiendo a su experiencia de haber presenciado más que pacientes, a seres autómatas, no sólo carentes de algo básico y esencial como la autoconciencia sino que también de libertad:

*"Yo creo que ellos no tienen idea de cómo tratar a un enfermo psiquiátrico...porque lo que yo vi, lo que yo percibí, es que mucha gente*

*andaba como tonta. Como iba con tanto medicamento. Como zombies, y no hay una terapia como para decir: 'Mire, se le va a hacer este seguimiento a este caballero, a esta señorita...'* Porque te digo, hay de todas las edades, hay niños jóvenes, hay personas ancianas y no...". (Gladys, esposa de Gustavo, página 3)

*"Yo veo que eso es meramente un represorio para mantener a la gente calmada, pero no veo como una ayuda así...".* (Gladys, esposa de Gustavo, página 3)

*"...él salió de ahí después de estar un mes y llegó siendo la misma persona...mucho cambio yo no le vi. Excepto claro, que se tomaba un montón más de pastillas de las que cuando entró".* (Gladys, esposa de Gustavo, página 3)

El relato de Patricio coincide plenamente con lo anteriormente expuesto y coloca el énfasis en cuestionar el beneficio real que los pacientes pueden obtener de las instituciones psiquiátricas junto con criticar lo limitado de la ayuda psicoterapéutica, relativa a una mera adaptabilidad e inserción social a través de un mecanismo pobre como la sugestión:

*"¿Qué dicen los psiquiátricos?... que es una persona que tiene narcisismo, que es esquizofrénico. Se internan, remedios, y ahí quedan. ¿Cuántas de esas personas efectivamente vuelven a la sociedad siendo normales?".* (Patricio, pareja de Carolina, página 9)

*"...buscar la sintomatología en la terapia y a contar de esos síntomas, desarrollar una forma de comportamiento que pueda ser...mira, es mi visión de la psicología y la psicoterapia...buscar un comportamiento socialmente aceptable".* (Patricio, pareja de Carolina, página 3)

*"Para mí la psicoterapia ataca un poco el tema de la sugestión, como: ya, que estés bien, que estés bien, que estés bien'. Pero yo no me puedo levantar y decir: 'oye, mañana voy a estar bien'...a veces tu andai achacao...es mi intuición".* (Patricio, pareja de Carolina, página 3)

### 5.2.6.2. Influencia psiquiátrica apreciada como un poder fáctico

Esta subcategoría guarda relación con la autoridad implícita con que se concibe y legitima en el imaginario colectivo al modelo biomédico que sustenta a la psiquiatría y, por añadidura, a todas las ramas de la salud mental. Autoridad que detenta una verdad de facto en lo concerniente a los hechos y a las únicas prácticas que deben concebirse y realizarse, situación que los entrevistados/as cuestionan, como ejemplifica esta cita de Carolina cuando luego de pensarlo bastante se ánima a preguntarle a uno de sus psiquiatras tratantes si creía en aspectos esotéricos:

*“...‘esa es una estupidez’ -me dijo- (psiquiatra tratante), si existieran los brujos hubieran encontrado antes a Paul Schaefer y Pinochet habría recibido su merecido antes...esa es una estupidez, eso no existe, la ciencia es lo único que te lleva a las respuestas acerca de los síntomas’...en fin, me dio una explicación que no tenía ninguna...él me habló por el lado de la ciencia, pero no entienden este otro lado. No entienden que existe un submundo, o un mundo paralelo, y no lo van a entender nunca...No lo entienden. Si yo le contara en este minuto...yo te cuento... mi psiquiatra cuando hace clases o hace simposios respecto al trastorno bipolar él me pone como ejemplo. Que gracias al litio yo me mejoré. Él está absolutamente convencido. O sea, Carolina es una mujer que se sanó gracias al litio y la terapia de medicamentos que él me daba”.*  
(Carolina, página 9)

De manera emblemática, las siguientes citas formuladas por Carolina, ejemplifican el cuestionamiento realizado a la autoridad exagerada que la sociedad le otorga a lo médico y psiquiátrico, ya que la experiencia vivida parece demostrar que no sólo existen otras formas de curación, sino que además, pueden eventualmente ser más efectivas:

*“Pero mira, nosotros vivimos en una sociedad y en esta sociedad está el médico que te cura y está al otro lado que es difícil de creer... el médico que me cura, sólo me daba medicamentos para que yo me sintiera mejor...nunca me sentí bien, nunca”.* (Carolina. Pag. 13)

*“¿Por qué no me pasó esa suerte de sugestión con esta pastilla? ¡Si es la medicina la que sabe!...según la sociedad, la medicina va a decir: ‘es la ciencia la que tiene la última palabra’. El poder, el tema del descubrimiento,*

*que el último tiempo están descubriendo cosas nuevas... ¿por qué no me sugestioné con eso?...". (Carolina, página 14)*

Johana, luego de haber tenido la experiencia de estar inserta en un sin número de centros y prestaciones relativas a la salud mental y luego haber podido acceder a otra práctica de sanación, sostiene lo siguiente a la hora de formular una recomendación:

*"...lo más relacionado con lo espiritual, porque no siempre la ciencia va a tener la razón, y yo lo he podido comprobar". (Johana, página 20)*

#### 5.2.7. Acontecimientos que podrían constituir un desafío para la interpretación científica

Esta categoría pretende dar cuenta de la gran cantidad de graves eventos disruptivos ocurridos a la gran mayoría de los entrevistados/as, los cuales serían de difícil explicación para cualquier referente de la ciencia, particularmente en este caso, para las ciencias de la salud mental, tal como se puede apreciar a modo de ejemplo en lo ocurrido con Jessica cuando sistemáticamente se corta la energía eléctrica al ingresar a una iglesia evangélica, razón por la cual un grupo de fieles decide unguirla:

*"...y había días domingos que para no quedarme sola en la casa la acompañaba a la iglesia (a su abuela). Entonces yo entraba a la iglesia y se cortaba la luz...entraba...hasta que un día los evangélicos me agarraron y te hacen esto como unguimiento y todo eso. Y me empezaron a dar crisis mucho más fuertes...". (Jessica, página 1)*

La propia Jessica relata una experiencia similar que le ocurre posteriormente, la cual incluye lo que para la salud mental podría corresponder a las denominadas alucinaciones auditivas y cenestésicas, mientras terceras personas la escuchan además hablando con una voz masculina que no le pertenece. Jessica no recuerda este último hecho:

*"Yo debo haber tenido como 15 años. Y de repente me empecé a sentir mal dentro de la iglesia, yo sentía que alguien me hablaba y me apretaban el cuello...en mi intento de arrancar de ahí...los señores evangélicos me agarraron y trataron de unguirme nuevamente. Entonces estos niños, que eran hijos del pastor, me fueron a dejar a la casa. Y por el camino dicen*

*que no era yo la que hablaba, era la voz de un hombre la que salía...entonces cuando mi abuela me contaba esto, yo decía: 'a esta señora la religión la tiene así'...". (Jessica, página 5)*

Jessica relata otro extraño episodio respecto de la sensación de que al colocarse su pijama éste la quema, situación que coincide con el hecho de que su abuela lo haya llevado al templo evangélico donde regularmente asiste para que la prenda fuera santiguada, situación que empeora cuando además se comienza a incluir un ejemplar de la Biblia debajo de su almohada:

*"Ella (abuela)...tuvo la ocurrencia de llevar mi pijama -de eso si me acuerdo muy bien- a la iglesia para que el pastor lo ungiera. Entonces ella llegaba con el pijama de la iglesia y yo me lo trataba de colocar en la noche y era esa sensación como que te están echando agua caliente en el cuerpo '¡por favor sáquenme esto!', decía. Me colocaba la Biblia debajo de la almohada y ahí empezaron a pasarme cosas súper extrañas. O sea, yo sentía que alguien levantaba la ropa de la cama, se acostaban al lado mío y me empezaban a apretar y me empezaban a hablar. Y me hablaban en un idioma que yo no conocía...". (Jessica, página 5)*

Mirna, madre de Jessica, se refiere precisamente a los disruptivos eventos que relata su hija los cuales a diferencia de ella, los recuerda completamente:

*"... no era la voz de ella, era una voz gruesa, terriblemente gruesa y áspera, fría: 'no -me decía- yo no la voy a dejar, porque ella me pertenece, ella es mía. Yo la tengo en mi poder'. Mire, esa fue una lucha de como unas dos horas, yo creo. Ya después que se sintió un poco mejor que esto pasó, me dice: 'Mami, ¿pero qué estoy haciendo aquí?'...le digo yo: 'no se po, ¿Qué estás haciendo aquí?, ¿no te acuerdas?'. 'No -me dijo- no me acuerdo'. Sabes que ella se para ir al baño, y yo la sigo, y en el rincón de la ducha del baño, ella se...tengo la imagen patente...ella en el rincón de la ducha acurrucada así como una persona que está demasiado asustada, demasiado desesperada... y me dice: 'Déjeme solo -decía- yo tengo legiones, yo no soy solo, yo tengo legiones que me acompañan. Ustedes no pueden hacer nada en contra mío. Ustedes no pueden contra mí, déjenme solo'... ya después tratamos de calmarla y de nuevo se para, y estaba mi vecina tal cual está esa puerta acá, la vecina ahí, yo acá. Y mi*



*vecina se enfrenta y sabe que de repente, ella era como que de repente sacaba una, una cosa así como...no sé cómo explicarlo, una cosa como fuera, como que no era natural. Porque abre los brazos y nos tira para un lado y sale arrancando. Y yo la vine a pillar cerca de una plaza que había en la casa". (Mirna, madre de Jessica, página 2)*

*"...ella estaba con la Biblia tomada así en la mano...entonces él está hablando del hijo del hombre, (el pastor)...y ella hace un movimiento así, y le dice: 'quién eres tú para hablar del hijo del hombre, tú no eres nadie' -le dijo-...no sé, como que el pastor no era nadie para que estuviera hablando del hijo del hombre. Sabe que le tira la Biblia así, y ella cae al suelo, las bancas se corrieron y esto era como en este espacio pequeñito así y ella se empezó a retorcer y nadie la podía sujetar. Sabe que yo la sujeté, me monté prácticamente arriba de ella, le sujeté los brazos y le decía yo: 'Jessica, Jessica, contéstame'...y me dice ella: 'yo no me llamo Jessica, me llamo Legión. Legión es mi nombre. Y ustedes no tienen ningún poder sobre mí. Y menos ese que está hablando del hijo del hombre. Porque el hijo del hombre tampoco tiene poder sobre mí'". (Mirna, madre de Jessica, página 2)*

*"...yo en ese minuto no sabría decirle si las bancas se abrieron solas o la gente fue la que las...yo no me supe dar cuenta. Porque yo, la preocupación mía era ella, que no se golpeará la cabeza. Entonces cae al suelo y pasa todo esto y ella...ella me hablaba, ella me hablaba, pero sabe que yo que estaba agachada cerca de la boca de ella, era un olor que le salía, un olor insoportable. Era como...no sé cómo describir el olor, no sé si era un olor a muerte, un olor a azufre, un olor fétido. Y sabe que ella, la cara totalmente deformada, los ojos los abría así grandes, y la boca...y la voz que de ella salía, era una voz como de un verdadero demonio, una voz gruesa, como de hombre y totalmente transformada. Fíjese que le voy a decir que en ese minuto que pasó, llegaron seis personas adultas...entre ellos mi hermano que es un...es más alto que usted, es más macizo así. Y tres personas más, más o menos de su misma contextura. Y no la podían sujetar. Sabe que los tiraba, con una fuerza en los brazos descomunal y las piernas. Después que todo esto pasaba ella quedaba toda morada, los brazos todos machucados, las piernas, la cabeza toda adolorida. Y me*

*empezaba a decir: 'Mami, ¿Por qué me duelen tanto los brazos?'. (Mirna, madre de Jessica, página 2)*

Mirna intenta en la siguiente cita detallar las extrañas verbalizaciones que su hija emitía y lo terrible que ha significado este tipo de acontecimientos para ella:

*“Era como una voz gruesa que me decía: ‘no, yo no soy Jessica. Legión, Legión es mi nombre’. Entonces él me recalaba, me recalaba...y yo le decía: ‘tú no eres Legión, eres Jessica, tú no tienes el poder’. ‘¡¡No!!’ -me decía- ‘ella me pertenece, ella es mía, ella me pertenece’. Entonces...pero esa voz, esa cosa era como... ohhh!!...como una cosa que le salía de acá adentro, una cosa...no sé. Pero era algo tan terrible...mire, yo prefiero muchas veces ni recordarlo, porque es algo que...es que fue demasiado todo. O sea, yo pocas veces lo he conversado. Ni siquiera con mi marido lo recordamos, ni lo conversamos porque fue demasiado fuerte...ya como que ella se quedaba como así lacia y esta gente la tomó y el pastor hizo que la sacaran al patio de atrás. Así que esa fue como la crisis más terrible que tuvimos de ella”. (Mirna, madre de Jessica, página 2)*

Por su parte Karen, relata una experiencia similar ocurrida con su hija Johana, sobre todo en lo que respecta a la emisión de una voz ronca y “endemoniada”, sin que la paciente recuerde algún aspecto del episodio:

*“...las veces que yo la veía como que se transformaba la mirada, era distinta. A veces en las pesadillas en la noche, el hablar distinto. No era la voz de ella. En una noche ella tuvo pesadillas pero no era ella la que hablaba, era otra voz ronca como fea como realmente aterrizante que hasta a mi me llegó a atemorizar... Como siempre ha sido referente como a las películas terroríficas, como dicen, como una voz realmente endemoniada como uno se refiere diría así está hablando el demonio o la persona esta poseída por otra cosa pero no en si la persona que lo está haciendo. Es otro ser que no es ella”. (Karen, madre de Johana, páginas 5-6)*

Claudia a través de las siguientes citas, relata que luego de desechar las prestaciones de la salud mental, el equipo parapsicológico que encuentra, le habla de detalles de su vida, los cuales no tenían ninguna posibilidad de conocer:

*“me daba esa sensación así como extrañeza, de picazón en el cuerpo, porque ellos sabían cosas mías que yo jamás se la dije a él (parapsicólogo) porque él nunca me hizo ninguna pregunta. Yo le dije que tenía una depresión y nada más pero cosas así como pequeñas de mi familia de mi pasado”. (Claudia, página 14)*

*“Como el castigo permanente de mi mamá jamás él (parapsicólogo) no tenía por qué saberlo. Como que yo fui muy castigada cuando chica y él no tenía por qué saber que yo vivía hace 5 años atrás... estuve viviendo 4 años en Calama. No tenía como saberlo...”. (Claudia, página 14)*

En relación a lo anterior, idéntica experiencia también ejemplifica Johana:

*“... Y yo llamé (a la consulta del parapsicólogo) y fue cuando yo quedé como más para dentro así... de hecho me llevé como más de una sorpresa porque a mí me dijeron exactamente...me dieron los detalles de que tenía una niña, tenía la entidad de una niña de cierta edad y yo sabía más o menos esa información porque yo logré entablar conversaciones con esta niña... entonces quedé pa dentro porque me dijeron justamente todo lo que yo sabía...”. (Johana, página 17)*

Patricio, pareja de Carolina, refiere otra extraña experiencia en relación al interés y a la habilidad temporal de su pareja para construir muebles, los cuales súbitamente se acaban coincidentemente con la sanación que reportó obtener mediante la atención parapsicológica:

*“Se levantaba tipo 8 de la mañana, tomaba desayuno y al patio con sus muebles. Hacía muebles y muebles. De hecho, hay fotos de eso, cuando estaba haciendo muebles. Y para lo único que salíamos juntos era para ir a comprar muebles...madera, y estaba sábado, domingo, haciendo muebles, haciendo muebles...hasta las 11 de la noche, 12 de la noche”. (Patricio, pareja de Carolina, página 1)*

*“...es que después (proceso de sanación esotérica) nunca más empezó a hacer muebles. Los muebles que había, quedaron tirados. De hecho perdió la habilidad para hacer muebles... Ahora no hace muebles, en esa época le resultaba hacer muebles. Y tenía una cierta fineza en las terminaciones”.*  
(Patricio, pareja de Carolina, página 8)

Claudia, por su parte, expone una experiencia que constituiría lo que para la parapsicología sería una manifestación del tipo poltergeist:

*“...me vine a mi casa tranquilamente, mis hijos se habían ido a la casa de su abuelo y yo me fui a ver el computador al tercer piso, donde hay una mansarda que tiene unos sillones y me puse ahí y de repente no sé de dónde es como que pasaron la mano. La mano con uñas se sentía el cómo pasar la...porque hay un triangulo justo al lado del computador, un triangulo de ventana y como que pasaron la mano rasguñando el vidrio, pero una sensación tan horrible y después empezaron a golpear la muralla como a dos manos fue horrible, horrible. Entonces yo me asusté mucho y me fui a encerrar a mi pieza porque estaba sola, no estaba mi marido, no estaba mi hijo. Estaba sola en la casa y me acuerdo que después empezaron a golpear la puerta de la pieza fuerte como que alguien quería que le abriera y yo no le quería abrir, entonces pesque la Biblia y me puse a rezar y puse la tele fuerte pa' no escuchar el ruido y no quería salir estaba muerta de susto. Yo decía ya si yo me quedo aquí a lo mejor esto se va a ir y no va a volver más, pero era netamente que estaban penando. Es una cuestión que jamás había pasado, nunca”.* (Claudia, página 12)

En las siguientes citas, Johana expone la profunda sensación de extrañeza tanto del psicólogo tratante y del psiquiatra del hospital de día en que se atendió, por el tipo de supuestas alucinaciones que tenía y porque éstas no debieran estarse produciendo dado la gran cantidad de antipsicóticos administrados y la existencia de juicio y sentido de realidad conservado en el resto de las áreas, tomando además en consideración, la gran experiencia con pacientes que manifiestan psicopatología grave que ambos profesionales poseen:

*“A él (psicólogo tratante y director de hospital de día) le parecía extraño que mis alucinaciones no eran como las demás que tenían mis compañeros que padecían esquizofrenia...estas alucinaciones eran como*

*mas personificadas. Como que se podían tocar...había como un contacto, porque me hablaban, porque no eran las simples voces que yo escuchaba, no. Las alucinaciones que yo tenía a mí me hablaban directamente. A mí me daban información. Si yo les preguntaba algo me contestaban, eran diferente...según él, según su experiencia y todo y a él le pareció extraño que fueran diferentes las alucinaciones que yo tenía en comparación a las de mis compañeros". (Johana, página 12)*

*"Era como estarlo viendo a usted ahora. Yo las veía nítidamente. Cambiaban de lugar, me tocaban como le decía endenantes. Me tiraban el pelo, pasaban muchas cosas raras...". (Johana, página 9)*

*"Pero a él también (médico psiquiatra hospital de día) le parecía extraño el asunto de que mis alucinaciones eran diferentes y que no se desaparecieran con los fármacos, lo que era muy extraño eso porque yo seguía el tratamiento al pie de la letra y no se desaparecían con los fármacos...las dosis eran altas, eran muy altas no se qué tanto pero siempre empezábamos con media pastilla y terminábamos con 3. Yo llegué a tomar 10 pastillas diarias". (Johana, página 12)*

### **5.3. Significados atribuidos a la sanación esotérica**

#### **5.3.1. Búsqueda de ayuda en otras sanaciones alternativas, relacionadas con el ocultismo y/o religiosas**

Esta categoría expone aquellos contenidos que guardan relación con las infructuosas búsquedas de ayuda que la mayoría de los pacientes y sus familiares emprendieron en estrategias de sanaciones alternativas, de brujería y/o religiosas, luego del fracaso de las prestaciones recibidas por parte de la salud mental y antes de someterse al proceso de sanación esotérica con el equipo parapsicológico.

##### **5.3.1.1. Infructuosa ayuda con métodos de sanación alternativos**

Esta subcategoría describe los intentos por parte de algunos de los pacientes de resolver su malestar subjetivo mediante la práctica de alguna disciplina propia de las llamadas "terapias alternativas" como yoga, reiki y otras, tal como ocurrió en el caso de Claudia:

*“... yo busqué por mi cuenta. Busqué ayuda afuera, en el sentido de que empecé a hacer yoga, pero en el momento me hacía bien pero para mañana nada...y sanación y hacer cursos de sanaciones en reiki un poco pa sanarme yo primero, entonces nada de eso me ayudaba nada, nada...”.*  
(Claudia, página 7)

#### 5.3.1.2. Negativa experiencia con ocultista o “brujo”

Esta es una subcategoría que contiene las nefastas experiencias que otros entrevistados tuvieron recurriendo a algún “brujo” que pudiera aplacar el malestar que les afectaba tal como afectó en el caso de Carolina y que como se puede apreciar en sus citas, lo describe como “chanta”:

*“Yo seguía con licencia a todo esto. Estaba con el psiquiatra, seguía yendo al psiquiatra, pero había dejado de tomar los medicamentos y estaba con este chanta...”.* (Carolina, página 7)

*“... y llega un minuto en el que tú no le creís más. ¡No le creí más! Mi papá ya estaba convencido de que yo estaba bien; volví a la casa y a mi familia ya no le seguí dando más problemas y me acordé de otra persona”.*  
(Carolina, página 8)

Patricio, en articulación a lo señalado por su pareja, considera que aunque éste tuvo cierto grado de acierto jamás se logró sentir bien:

*“Igual tenía cierto grado de exactitud, para ser sincero, pero no la mejoró nunca”.* (Patricio, pareja de Carolina, página 5)

*“...y la Carolina nunca se sentía bien. De hecho, entramos e iban pasando las sesiones, iban pasando las sesiones. Aparte de lo que tenía que pagar por el tratamiento, tenía que pagar por la consulta como 35 lucas. De ahí hasta el próximo encuentro; ‘estamos mejor, estamos mejor’ y cerraba el ojo y se ponía a anotar al lado. Decía: ‘Estamos mejor y dentro de dos meses vamos a estar bien’. Y la Carolina le empezó a decir: ‘Sabes, no me siento bien’. ‘No, que ya estás en condiciones de volver al trabajo, vuelve a tu trabajo’.”* (Patricio, pareja de Carolina, página 5)

### 5.3.1.3. Procedimientos de sanación evangélicos inútiles y/o iatrogénicos

Esta subcategoría agrupa aquellas negativas experiencias de sanación intentadas a través de la iglesia evangélica, ejemplificadas en lo descrito por Mirna y su hija Jessica, luego que un pastor evangélico confirmara presencia de posesión demoníaca:

*“...otro pastor que era de Quilicura, él nos orientó un poco más. Él dijo: ‘mire, efectivamente todo esto que a ella le pasa, es realmente una posesión demoníaca’. Él, que la vio en una crisis cuando le vino una, escuchó la voz que ella...que hablaba a través de ella. Yo creo que el hombre estaba como más preparado para darnos una orientación... él la escuchó en una de las crisis. Entonces él dijo: ‘sí, aquí hay algo que está tomando posesión de ella. Ella ya está poseída por Legión...de repente puede ser un demonio como pueden ser miles”. (Mirna, madre de Jessica, página 8)*

Por su parte Jessica se refiere a la intensificación de sus crisis precisamente después de ungimiento evangélico:

*“...hasta que un día los evangélicos me agarraron y te hacen esto como un ungimiento y todo esto. Y me empezaron a dar crisis mucho más fuertes...”. (Jessica, página 1)*

La señora Mirna critica abiertamente a la iglesia evangélica y sus pastores pues considera que nadie las pudo ayudar:

*“Después en la desesperación nosotros no hallábamos a quien acudir. La verdad es que acudimos a varios pastores de iglesia evangélica y nadie nos pudo ayudar”. (Mirna, madre de Jessica, página 2)*

*“El pastor de la iglesia se declaró incompetente. Y fíjese que yo después he conversado con otros pastores que tienen conocimiento... ¡incluso él ahora es obispo! Yo le decía a él, que a mí, no me cabe en la cabeza que yo, pastor, yo que estoy para ayudar a la gente que me sigue, que estoy para darle aliento a las personas cuando están pasando problemas, sobre todo este tipo de problemas...yo tengo que ser la persona fuerte y tengo que sentar precedente, decir: ‘oye, esto es lo que tenemos que hacer,*

*busquemos la solución por este lado'. ¡Él no fue capaz de hacer eso!...entonces yo siempre le critiqué lo mismo a él. Que no fue un hombre de fe, con la fe suficiente como para decir: 'oiga veamos por qué pasa esto. Si esta niña está pasando por un trance así, que tiene esta pelea con Legión como ella se denominaba, busquemos, veamos de que se trata'. Él no nos dio ninguna solución". (Mirna, página 8)*

#### 5.3.1.4. Infructuosa ayuda por parte de la iglesia católica

Esta subcategoría hace alusión a la negativa actitud de la iglesia católica cuando algunos entrevistados/as acudieron a ella para solicitar ayuda tal como es ejemplificado en la cita de Jessica y la burocracia eclesiástica que le fue impuesta para asistirle:

*"...las veces que fueron a las iglesias católicas, el señor cura con el que hablaron...no sé qué cara me vio, que le dio mucho susto...Entonces no quiso...no, porque tenían que pedir un permiso al Vaticano, y este permiso demoraba en llegar. Entonces, al psiquiatra no mas po". (Jessica. Pag. 8)*

Karen, madre de Johana, da cuenta por su parte de la insuficiente ayuda que recibe por parte de un sacerdote católico que confirma la situación de posesión pero que es trasladado a otra ciudad sin que deje el caso en manos de otro religioso del mismo credo:

*"...porque yo en una oportunidad también asistí a la catedral y ahí conocí a un sacerdote que era también psicólogo y parasicólogo y él fue como la primera persona que me dijo que la Johana estaba poseída por alguien, pero los médicos no creen en esto y yo no podía ir a contarlo a ningún hospital porque hubieran dicho: '¿y qué se mete un sacerdote?, si el sacerdote es el menos indicado para hacer esto'. Pero con este sacerdote, en esa oportunidad, entramos nosotros a una sala con él y con la Johana y él le coloco las manos y ahí dijo que ella si estaba poseída por una persona que no era normal. Ese sacerdote me hizo a mí ver de lo que se trataba la parasicología y de que a lo mejor era bueno de que la viera un parasicólogo, pero como yo no conocía mucho acá entonces lo deje hasta ahí y cuando ya quise buscar a este sacerdote lo habían traslado a Arica, pero era de la catedral de acá de Santiago". (Karen, madre de Johana, página 8)*



### 5.3.2. Conocimientos de aspectos esotéricos

Esta categoría, guarda relación con las nociones que los entrevistados/as tenían respecto de las temáticas propias de lo esotérico y la parapsicología antes y después de someterse al proceso de sanación esotérica con el equipo que les atendió.

#### 5.3.2.1. Ignorancia y/o descrédito previo de los aspectos esotéricos

Esta subcategoría agrupa a todas las percepciones de ignorancia e inclusive de desprecio frente a lo esotérico y/o parapsicológico tal como lo ejemplifica Carolina:

*“...sumamente incrédula. Yo no creo ni en el Tarot, ni en los brujos, ni en nada de eso...en nada, en nada, en nada”. (Carolina, página 1)*

Don Gustavo, al igual que Carolina también ejemplifica con la siguiente cita su desconocimiento respecto de la existencia de personas que se dedican a la sanación esotérica fuera de lo que realizan las machis:

*“...no estaba en mis libros que existía. Sí estaban en mis libros las personas que hacían el mal, porque yo viví en Osorno muchos años y en el sur se da mucho. Las machis en el sur, existe mucho, que te hacen males eso se escucha...en cuanto a los parapsicólogos que sanaban, nunca había escuchado, no estaba en mí eso...no, no...ahora si tú me preguntas por qué fui... para mí está dentro de las explicaciones de que existe Dios, que me llevó a que llegara allá”. (Gustavo, página 7)*

Gladys también manifiesta su escepticismo antes de que su esposo Gustavo fuera sometido a la sanación esotérica y deja en claro que a ella sólo le importaban los resultados:

*“Yo no soy de las personas que creen mucho en la gente...como extra normal...más bien dicho, no creía mucho. Porque yo pensaba que eso era algo fuera de este mundo. O sea, si tu estai enfermo, te tomai una pastilla y te mejorai. Pero con él (marido) no fue así, porque se tomaba miles de pastillas y no mejoraba nada...porque no tenía ganas de vivir”. (Gladys, esposa de Gustavo, página 3)*

*“En primera instancia, cuando él llegó como que no me podía contar mucho, porque sabe que yo no le iba a creer mucho...a mí me interesaban*

*los resultados. Más que él se tuviese que poner de cabeza. Más que lo que él me contara, me interesaban los resultados". (Gladys, esposa de Gustavo, página 3)*

Patricio, también pone hincapié en el escepticismo experimentado en un principio al punto de considerar que todo lo concerniente a lo esotérico carecía de valor alguno. Considera, al mismo tiempo que no es un tema liviano y que de todas formas decide probar considerando que a su pareja Carolina, nada parecía ayudarle y sólo continuaba empeorando:

*"...y tampoco creía que alguien podía torcer el destino de alguien, a través de prácticas paralelas a la vida corriente. Para mí, resumiendo...escepticismo. No creía en que alguien pudiera hacerle mal a otra persona a través de ese tipo de prácticas, buscar quizás matar a alguien...o 'oye que vuelva...no sé, Víctor no me gusta a mí. No, ¡pero él va a llegar a mí!, voy a casarme para siempre con él'. No yo no...yo escuchaba no más y decía: 'bueno...ya, una tontera más'. Si pusiera una frase para resumir eso antes diría: '¡Una tontera!'" (Patricio, pareja de Carolina, página 4)*

*"... y también, claramente cuando tú hablas de un tema que no es coloquial, tú no crees. No es una conversación que alguien se siente a la mesa y diga: 'oye, mira, sabí que este compadre tiene una magia negra encima...le pasó esto, o fue posesionado por un demonio'. Porque acá la creencia es que el demonio es uno solo, entonces si estai posesionado por el diablo '¡chupalla!'. Si lo tenís encima es porque te está haciendo mierda. Entonces, en un momento a mí...total escepticismo. No creía y también había sido la primera impresión. Pero me surgió la... 'bueno, vamos a ver'. Porque también tú ves que...yo veía que la Carolina iba de mal en peor". (Patricio, pareja de Carolina, página 4)*

#### *5.3.2.2. Cambio de paradigma y conocimiento de aspectos esotéricos posterior al proceso de sanación*

Esta subcategoría contiene en primera instancia el cambio de opinión radical en los entrevistados/as ocurrido tras el proceso de sanación esotérica y aceptar la existencia de fenómenos esotéricos. En segunda instancia emerge la profundización

por parte de la mayoría de ellos en la adquisición de conocimientos acerca de la temática. En este sentido, la esposa de don Gustavo ejemplifica al respecto:

*“Yo creía en las cosas concretas. O sea, como te decía, si yo toco esta mesa es porque esa mesa existe. Pero por lo que yo vi, por lo que yo veo, esas cosas existen”. (Gladys, esposa de Gustavo, página 4)*

Carolina, luego de su proceso de sanación esotérica y de haberse interiorizado en la temática, ejemplifica lo que ahora sabe respecto de lo que se denomina magia negra, invocación de demonios y expresa lo que ahora comprende por posesión espiritual:

*“Cuando alguien contrata una magia negra, lo hace invocando demonios. Estos demonios que están aquí afuera, en cualquier lugar... están en todos lados. Estos demonios son contratados para hacerte la vida imposible, estos demonios llegan a tí, a tu cuerpo, te poseen, se quedan dentro tuyo, y tú adoptas ciertas características de los demonios”. (Carolina, página 8)*

*“Es un ritual. El brujo, llamándolo así, o el que intenta hacer la magia negra, para que esto surta efecto, hace una especie de...a ver...invoca a estos demonios. Es como la ouija...no sé si conoces la ouija...tú te puedes comunicar con estos seres. A estos seres se les pide: ‘conozco a esta persona, que se llama Carolina, bla, bla, bla...necesito que le hagas daño. Necesito que le hagas la vida imposible, necesito que la mates, necesito que se vuelva loca, necesito que pierda la pega, necesito que se quiebre una pata, etc.’... eso es contratar”. (Carolina, página 8)*

*“Somos seres de energía y qué quiero decir con esto...nosotros en este minuto estamos llenos de presencias, es decir, seres desencarnados. Vale decir, cuando alguien muere por un accidente, etc., o se suicida, su intención no era hacerlo realmente. Cuando tú mueres, por ejemplo, en un accidente automovilístico, tú no querías morir. Entonces, no te das cuenta que te moriste y tu alma queda... como tú quieras llamarle: alma, energía, tu espíritu. Estas presencias o estos seres cuando tú estás con tu nivel de energía o tu aura baja o con unas pequeñas fisuras, entonces se meten dentro de ti y se quedan contigo y tú sientes estas famosas depresiones, como le llaman normalmente los psiquiatras. Y tú vienes a sentir todo lo*

*que ellos sintieron; si ellos tenían una pena, una rabia al momento de fallecer, tú sientes todo lo que ellos sintieron. De hecho, adoptas hábitos que ellos tenían...sin ir más lejos, yo cuando estuve enferma, en menos de un mes hice siete muebles en mi casa. Hice una mesa de centro, hice una mini cava de madera, hice un mueble para guardar los platos...es decir, ¿cómo yo, sin tener un poquito de idea de mueblería, pude hacer estas cosas?”. (Carolina, página 10)*

Patricio, pareja de Carolina, comenta lo que actualmente entiende por debilitamiento del aura, apreciada como una capa de protección espiritual presente en todos los seres humanos:

*“...si se te muere un hijo, quizás...claramente vas a quedar afectado y vas a entrar en un repentino estado de depresión, porque tu cerebro genera una sustancia, porque estás triste. Pero se te puede bajar tu aura, tus defensas, que es como la protección que tú tienes. Ahí está el peligro. Y si tu bajai tus defensas espirituales, están estas cositas que están dando vuelta y que pueden entrar y agravar tu estado”. (Patricio, pareja de Carolina, página 9)*

De igual modo, Patricio explica lo que al momento de la entrevista comprende por magia negra y de los denominados “brujos” que se dedican a esto:

*“...eso lo hacen estos gallos con un trabajo especializado, que venden su alma.... históricamente sabemos que hay personas que han vendido su alma al demonio. Y eso entiendo yo por posesión: demonios que se toman a las personas y hacen alucinaciones, voces, sentirse mal, mucha angustia, pena, ganas de matarse. Por ejemplo, una persona que se quiera matar está, a mi juicio, está posesionada por una persona que se suicidó...pero resumiendo eso, magia negra es torcer tu destino. Son demonios que buscan que te vuelvas loco, que te maten, que te suicides, que de un día a otro te mueras, te pasen cosas malas”. (Patricio, pareja de Carolina, página 5)*

En las siguientes dos citas, Jessica y Gustavo expresan que es lo que con posterioridad comprendieron que es un/a médium:

*“Es una persona que canaliza las vibraciones que necesita otra persona para sanar. Yo entiendo que médium es una persona, es un canal por donde se comunican las energías...”. (Mirna, madre de Jessica, página 5)*

*“Entiendo que una médium es como una machi, o un puente. O sea, es como si aquí hubiera otra persona hipnotizada y usted se dirige a ella y ella tiene la capacidad mental o espiritual de comunicarse a través del espíritu con tu propio espíritu...médium yo creo que es un puente para llegar a uno. Y eso es lo que hacía este señor (parapsicólogo). Se comunicaba con la médium, con la persona que estaba en trance o hipnotizada y ella se encargaba de... no sé...no es como comunicarse a través del habla, sino que a través de la comunicación mental...que uno no la percibe, no percibe que se está comunicando contigo, no tiene explicación cómo lo hace”. (Gustavo, página 8)*

Por su parte, Alejandro, esposo de Claudia, ejemplifica a través de lo que aprendió de la lectura de Bryan Weiss lo que actualmente conoce por médium:

*“...que describía en el libro sesiones de sanación. En esas sesiones de sanación habían personas que se llamaban médium que en realidad lo que hacían era un nexo con un espíritu que está en otra dimensión pero a lo mejor ese espíritu puede haber sido un doctor o una persona sabia y le transmite el conocimiento a esta médium o la utiliza como medio para comunicarse con él, con las personas que están vivas y les da alguna orientación o algún consejo o algo para que después lo apliquen en la vida diaria y según ese libro era así y funcionaba y había sanado mucha gente y habían almas que se dedicaban a ayudar a personas que estaban vivas, era digamos lo, lo único que se de los médium...”. (Alejandro, esposo de Claudia, página 10)*

A continuación, la propia Claudia manifiesta su impacto respecto de la naturaleza de la sanación esotérica, luego de su experiencia, en especial en lo que precisamente concierne a lo que una médium realizaría:

*“...porque no es fácil ser médium, yo creo que no es fácil, hay que tener como una condición especial pa serlo, o sea, de partida en la forma en que se mete en la vida de uno es como decir ¡ohhh! no sé, ¡es como alguien extraterrestre!... quedai en shock la primera vez que uno entra a eso...”.*  
(Claudia, páginas 18-19)

Mirna, madre de Jessica, cree haber comprendido, luego del proceso de sanación esotérica, que lo ocurrido con su hija es muy similar a lo que alguna vez apreció en filmes hollywoodenses de temáticas de posesión demoníaca:

*“...que yo lo haya visto en una película...nunca había visto el exorcismo de no se cuantito que se llama...nunca la había visto esa película...‘El exorcista’ ni mucho menos. Entonces, de repente leyendo y viendo todo eso yo pensaba ‘¡pero si esto fue lo que a ella le pasó!’.* O sea, esto fue lo que nosotros vivimos realmente con ella. Porque si a mí me lo hubiesen contado, yo me habría reído, habría dicho: ‘no, pero si esto pasa en las películas, esto pasa en otro lado. Pero a la gente común y corriente esto no le pasa’.” (Mirna, madre de Jessica, página 8)

### 5.3.3. Diagnóstico parapsicológico

Esta categoría sintetiza los diferentes diagnósticos que el equipo parapsicológico formuló en cada caso explorado en la presente investigación, los que para efectos de una mejor descripción, se pueden esencialmente, agrupar en tres categorías distintas, **posesión espiritual**, **magia negra** y **posesión demoníaca**. De esta forma, Patricio ejemplifica con lo que se le diagnostica a su pareja la concurrencia de más de un aspecto esotérico, tal como ocurrió en la gran mayoría de los casos:

*“No es de suponer, efectivamente tenía una magia negra. Estaba posesionada por dos presencias, que son personas que pueden haber muerto... por ejemplo, una persona que la matan a patadas, no es una mala persona, sino que murió en una circunstancia trágica. Tenía demonios encima. Y en la casa siempre había puros problemas. Claro, por lo que contó el parapsicólogo, había como 600 demonios en la casa, que estaban encima de la casa. Querían que la Carolina se matara y dejara la escoba en la casa...”.* (Patricio, pareja de Carolina, página 7)

#### 5.3.3.1. *Posesión espiritual*

Esta subcategoría expresa el fenómeno esotérico descrito por los entrevistados/as en que una entidad espiritual, la cual en su mayoría se trata de personas que han fallecido de manera trágica y sus espíritus se han quedado anclados a esta dimensión, entran en el cuerpo de una persona contagiándola con sus dolores físicos y sufrimientos emocionales que experimentaron en el momento de su muerte, tal como es posible ejemplificar con los casos de Jessica, Claudia, Gustavo y Johana:

*“... y él (parapsicólogo) me empezó a hablar y me decía que yo tenía a una mujer dentro de mí...y yo decía: este gallo está más rallado que yo...”.*  
(Jessica, página 9)

*“...me dijo que yo hace años vivía allá (Calama) y que ahí se me había pegado un ente...un ente, que era de una chiquilla que se había suicidado y que justamente vivía como 3 o 4 cuadras cerca de mi casa en Calama...”.* (Claudia, página 14)

*“... entonces, que tenía un ente que es un espíritu de una persona que se había suicidado, que se había apoderado de mí...”.* (Gustavo, página 5)

*“Bueno, que yo tenía dos entidades dentro de mí. Dos entidades negativas, que eran una niña de 14 años que claramente se llamaba Samantha, que era una niña que en su tiempo, cuando había vivido, había sido una niña con bastantes problemas. Había practicado ouija...que era en el fondo una niña bien mala, como la palabra que uso el parapsicólogo, que dijo que era una niña mala, súper negativa, que tenía hartos problemas mentales... (La otra entidad) no era un payaso, era un brujo”.* (Johana, página 16)

#### 5.3.3.2. *Magia negra*

De acuerdo a lo planteado por los entrevistados/as, esta subcategoría guarda relación con todos aquellos diagnósticos formulados en alusión a las acciones llevadas a cabo por una persona con importantes capacidades psíquicas con la finalidad de causarle daños de diversa índole al afectado. Para el logro de este perjuicio se efectuarían ceremonias en que se invocarían a entidades espirituales negativas, tal como puede ejemplificarse mediante lo descrito por Carolina, Claudia y don Gustavo:

*(Le refiere la secretaria de la consulta parapsicológica). “...¿Sabes, Carolina?, tú tienes una magia negra, una magia negra vudú”. (Carolina, página 8)*

*“...también me dijo (parasicólogo) que la magia negra se había metido en mi casa, por eso nosotros teníamos muchas peleas acá, tanto con los niños por todo lo que ellos veían. Entonces todo eso era que estaban metidos aquí en mi casa. Entonces yo me recuerdo que ahí escuche a la médium que estaba al lado, que esta magia negra la iban a botar al centro de la tierra para quemarla y todo, y me recuerdo que ella dijo que todas las puerta de mi casa iban a ser selladas porque había abierto un portal, entonces tenían que cerrar ese portal para que se fuera eso”. (Claudia, páginas 15-16)*

*“...que tenía una magia negra, que era para que yo perdiera todos los bienes y no me dejara pensar, y una magia negra enterrada que era para que yo perdiera a mi familia. Ése fue el diagnóstico... (Además de supuesta posesión por una persona fallecida) tres patologías...o sea, no sé si podemos llamarle patología...pero esas tres cosas, me dijo”. (Gustavo, página 6)*

#### **5.3.3.3. Posesión demoníaca**

Esta subcategoría, de acuerdo a lo expresado por los entrevistados/as, alude a un tipo de posesión en que operaría una lógica similar a la de la primera subcategoría, pero con una gravedad mucho mayor, puesto que en estos casos, se trataría del tipo de entidades malignas más negativas que se pueden concebir, ya que quienes se introducirían a la persona y tomarían control de ella, corresponderían a la legión de ángeles caídos o eventualmente al propio Satanás arquetípico y/o mencionado en las sagradas escrituras, tal como Jessica señala haberle ocurrido:

*“...en mi caso, yo tenía acumulado una cantidad de demonios que te atormentan. Los demonios hacen daño, provocan peleas, a los niños sustos tremendos”. (Jessica, página 11)*

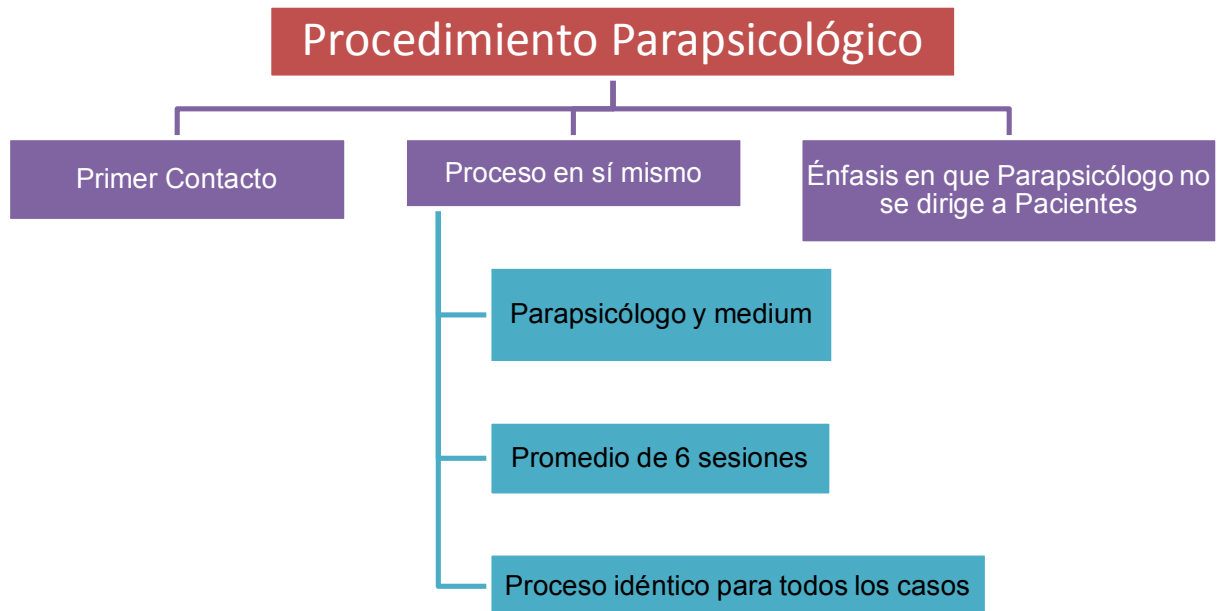
*“...por lo que ellos me cuentan, ellos me sacan algo, y se me volvía a meter otra cosa, se me volvía a meter otro demonio y otro demonio”. (Jessica, página 9)*



#### 5.3.4. Procedimiento parapsicológico

En esta categoría se realiza la caracterización del procedimiento que llevó a cabo el equipo parapsicológico de idéntica forma en todos y cada uno de los casos en torno al comienzo del proceso, los aspectos medulares del mismo y un énfasis que todos los entrevistados/as manifestaron respecto de la casi nula interacción entre el equipo parapsicológico y los pacientes (ver Diagrama N° 7)

**Diagrama N°7: Procedimiento Parapsicológico**



##### 5.3.4.1. Primer contacto

Esta subcategoría trata del primer contacto y respuesta previa, la información que todos los pacientes entregaron al consultar por primera vez, lo cual puede ejemplificarse en la siguiente cita de Carolina:

*“...y es como bien curioso el proceso: tú llamas, das tu nombre completo y tu fecha de nacimiento y después ellos te dicen qué es lo que tú tienes”.*  
(Carolina, página 8)

##### 5.3.4.2. Proceso en sí mismo

Esta subcategoría da cuenta de los aspectos medulares de la intervención parapsicológica propiamente tal, que realiza el parapsicólogo junto a una médium, en un rango de una hasta seis sesiones aproximadamente, proceso de idéntico proceder en todos los casos. Tal como Claudia lo ejemplifica en la solicitud de fotografías como un insumo básico:

*“...les llevé fotografías, del living, del comedor. Necesitaban como una foto de las murallas no más, ni siquiera de los muebles, sino que una muralla...”. (Claudia, página 16)*

Carolina, además de referirse a la solicitud de las fotografías, también hace alusión a la actitud confiada del parapsicólogo tratante y lo que se le solicita que haga, lo silencioso del diálogo entre integrantes de la dupla parapsicológica, al espacio físico en que se desarrolla la primera sesión y la renovación experimentada al final de la misma:

*“...me pidió que llevara una foto, porque tú llevas una foto, una foto tuya y una de tu casa y de mis hijos... y aparece este parapsicólogo y me da una explicación previa que me dejó muy tranquila, porque me dijo: ‘me importa un comino si tú crees o no crees en esto. Lo que sí te puedo asegurar es que aquí tú te vas a sanar’...y eso te hace acomodarte un poquito más en la silla y decir: ‘parece que llegué al lugar correcto’. ¿Cómo lo sabes?... no lo sé. Yo lo puedo atribuir a la intuición. Entramos con este parapsicólogo. Era muy raro, porque es una cama de dos plazas, donde está él con una médium y te hace quitarte los zapatos, porque tú también tienes que acostarte en esa cama. Y tú no escuchas mucho. No sé, palabras que no entiendes. Lo que sí te puedo dar fe, Víctor, es que cuando yo me paré de esa cama y me puse de pie, yo pesaba como 10 kilos menos”. (Carolina, página 10)*

Johana, en su cita, también realiza una descripción del espacio físico y de la silenciosa interacción entre el parapsicólogo y la médium:

*“... bueno era una habitación donde había una cama de dos plazas con un cobertor blanco y con una luz media. Había una ventana oscura, no entraba como la luz del Sol. Bueno, estaba la esposa de él que estaba recostada en la cama. Él la hizo dormir o la hizo entrar en trance y me pidió que me acostara al lado de la señora. Él le empezó a decir cosas a la señora en voz baja, a dar como instrucciones y ella le empezó a dar información sobre lo que me pasaba a mí”. (Johana, páginas 15- 16)*

Don Gustavo también entrega información congruente a los demás casos, además de referirse al hecho de que la médium en un estado de trance hipnótico, tendría la capacidad de conocer profundamente su subjetividad y de responder por él:

*“...lo que hicieron conmigo fue una...usaron un puente, que es una médium, una persona que está hipnotizada y que el parapsicólogo se dirige a ella y ella responde por ti. Mira, a mí me acostaron en una cama de dos plazas, esto fue en la primera sesión, en una cama de dos plazas, en el costado derecho mirando de norte a sur, a este lado, lado derecho. En el lado izquierdo estaba la médium y sentado donde está el velador, del otro lado, estaba el parapsicólogo, entonces el parapsicólogo se comunicaba con la médium y la médium se supone que está en trance, hipnotizada y ella tenía la capacidad de estar dentro de mí y responder por mí. Eso es lo que hicieron conmigo. O sea, a través de esa forma ellos sacaron todas estas cosas negativas que estaban dentro de mí”. (Gustavo, página 6)*

Patricio y Claudia congruentemente señalan que el parapsicólogo, quien es el encargado de guiar a la médium, va solicitando a través de ésta la ayuda de ciertas entidades o seres de luz como ángeles y arcángeles:

*“...el parapsicólogo comanda la sesión. La médium es la que hace el trabajo, es quien se conecta. El parapsicólogo...yo escuchando la sesión, pide a la médium que busque si hay alguna magia negra, presencia, posesión o vida pasada, y ésta responde afirmativa o negativamente. Y a contar de eso, quien comanda la sesión, que es el parapsicólogo, va pidiendo ayuda a los seres de luz, ángeles, arcángeles para ir solucionando esta situación”. (Patricio, pareja de Carolina, página 10)*

*“...yo me di cuenta que ella (médium) llama mucho a los Ángeles para que puedan ayudar. Ángeles o personas que ya han muerto como al Arcángel Gabriel, ángeles como San Miguel...me acuerdo de, no se po, personas que son realmente potentes dentro de lo que se trata de los ángeles para cosas como la magia negra...”. (Claudia, páginas 18-19)*

Patricio explica lo que ocurriría cuando el equipo parapsicológico abordaba a las entidades negativas definidas como demonios:

*“...los demonios, que creo en comillas demonio, que son estas entidades negativas u oscuras, son quemados. De hecho, se comenta que algunos tipos son quemados como se quema una botella de plástico. El Arcángel Gabriel... Miguel lo lleva en una especie de burbuja, lo empuja por la tierra pa abajo, hasta que se quema. Lo que yo vi con mi señora... yo no veo eso, no se puede ver, pero es como una tela que se está quemando. Lo que yo vi fue una persona enferma y después de este tratamiento, se levantó y se levantó bien”. (Patricio, pareja de Carolina, página 10)*

Claudia en las siguientes citas, ejemplifica las expresiones de asombro y admiración experimentadas por todos los entrevistados/as frente al extraordinario, misterioso, valorable, interesante y lo muy desgastante del proceso, para el equipo parapsicológico:

*“...porque igual es heavy meterse en la vida de otras personas... ir hacia atrás, es como...la misma médium, la forma que a ella la transportan a otra parte. Eso es fuerte, es fuerte y sobre todo querer ayudar a la persona que está mal y hacer todo a través de lo mental...es fuerte, o sea, yo igual encuentro que son personas súper valorables porque ni siquiera yo por plata yo lo haría...”. (Claudia, página 17)*

*“...se transporta, se mete en mi vida para que ella vea qué pasa conmigo, entonces como que se van a otra dimensión y empiezan desde atrás a ver mis vidas pasadas hasta el presente...y ve situaciones que me han pasado, que ella la ve entonces. Uno ahí como que dice ¡qué onda!, y después llegan a las partes más importantes y fuertes, que son los problemas. Qué pasó, si se murió, si vivió, si alguien a uno le pegó, no sé...todas esas situaciones ellos la van viendo y van sufriendo, o sea lloran (médium)... lloran en el momento que ven una situación de tristeza”. (Claudia, página 17)*

*“...porque la va sintiendo, es lo mismo que tú cuando has visto que alguien lo hipnotizan y están viendo la situación y no se po, que se volcó y que reviva la situación. Ellos también la sienten, no lo estoy sintiendo yo, pero la está sintiendo la médium. Entonces tienen frío, tienen calor, entonces tú vai viendo todo en su cuerpo los cambios por las etapas que van pasando, es súper interesante, pero tú decí: ¡cómo llegan a vibrar la vida de uno sin*

*ser la de ellos! Entonces el parapsicólogo ahí la va guiando a ver...no se po, cambia...ve la situación más adelante...". (Claudia, páginas 17 – 18)*

#### 5.3.4.3. Énfasis en que parapsicólogo no se dirige a pacientes

Esta subcategoría da cuenta de lo verbalizado por todos los entrevistados/as, respecto de la silenciosa interacción entre parapsicólogo y médium, y de la casi total ausencia de interacción con el paciente, tal cual es graficada por las siguientes citas pertenecientes a Carolina y Johana:

*"...tú no sientes nada, tú no ves nada. Prácticamente no oyes nada. Es la médium quien se encarga en un proceso de trance, de conectarse con este yo, que es un yo superior. Y a través de su yo superior, se conecta con este mundo espiritual...". (Carolina, página 11)*

*"...estuve a punto de quedarme dormida pero en ningún momento él me tocó o se dirigió a mí". (Johana, página 18)*

Gustavo, a pesar de llegar a experimentar una sensación física, también ejemplifica idéntica dinámica, al igual que Claudia, cuando señala sentirse renovada:

*"...porque hablaban muy despacito, o hablaban en un idioma que yo no entendía mucho o yo no creía entender, no sé... pero era una cosa, un murmullo. Entonces, lo primero fue sacarme este ser de adentro y eso se manifiesta en una cuestión como física, porque yo la sentí, la sentí en mis pies". (Gustavo, páginas 6- 7)*

*"Estaba totalmente consciente. A mí no me hipnotizaron, no me lavaron el cerebro, no me hicieron nada, nada...en ningún momento de la sesión. Ni la médium, ni el parapsicólogo se dirigieron a mí, en ningún momento...yo estaba acostado ahí a un lado de la médium escuchando, mirando...y nada más...nada más que eso... ". (Gustavo, página 8)*

*"...yo llegue allá, me acosté al lado de una persona -es lo que es mi visión- yo no hice nada, así como que me hubieran no sé po, hipnotizado a mí. No, a mí no me hicieron nada. Yo me acosté a lado de esta persona y de allí salí renovada...". (Claudia, página 13)*

### 5.3.5. Experiencia con la sanación esotérica

Esta categoría contempla la experiencia que tanto pacientes como sus familiares reportaron tener en torno al proceso de sanación esotérica practicado por el equipo parapsicológico que les atendió, luego de las negativas experiencias que todos/as tuvieron con las prestaciones recibidas por parte de la salud mental y los también infructuosos abordajes por parte de sanaciones alternativas y/o relacionadas con ocultista y la religión, particularmente en lo que respecta a la significativa mejoría que todos los pacientes reportaron tener desde la primera sesión y el énfasis que los entrevistados/as manifestaron en difundir y masificar el tipo de sanación esotérica que ellos recibieron.

#### 5.3.5.1. *Mejora muy significativa respecto de sintomatología más aguda, en todos los casos, desde la primera sesión*

Esta subcategoría configura lo explicitado por todos/as los/as entrevistados/as respecto de la significativa mejoría que experimentaron, a lo menos, respecto de su sintomatología más aguda desde la primera atención con el equipo parapsicológico, tal como lo expresa Carolina en la siguientes citas, calificando lo ocurrido como “mágico” e incomparable:

*“...lo curioso de esto, es que esto es mágico. A mí me apasiona hablar de esto, porque es un tema que no me lo contaron; yo lo viví...yo salí de esa consulta, primero queriendo abrazar a todo el mundo, queriendo tocar a todo el mundo. De hecho, yo me acerqué a ese parapsicólogo y le di las gracias, le di un beso tremendo, lo abracé y le dije: ‘¡Gracias por esto! gracias, de verdad, gracias’”. (Carolina, página. 12)*

*“...yo pensé que la experiencia más maravillosa era haber dado a luz. Yo conocí el significado maravilloso de eso cuando fui madre... sin embargo, esto no se compara. No es comparable, no es que algo sea más importante que el otro, quiero dejarlo en claro...esto fue diferente; es decir, abrí la puerta de la calle, me subo al auto y empiezo a mirar otra vida. Los sabores eran diferentes, comí un pollo con papas fritas después de salir de la sesión, y el pollo tenía un sabor que yo no tenía idea. Las papas fritas que me comí sabían a algo maravilloso, tenían un sabor exquisito. O sea, que se me caía la baba, porque era tan rico que no lo había sentido nunca. De hecho, tenía ganas de pararme en ese restaurant y gritarles a todos que yo estaba feliz...nunca lo hice porque me da plancha, pero lo hubiera*

*hecho, ¡lo hubiera hecho! Me hubiera parado y le hubiera dado las gracias a todos porque estaba viva...no sé cómo explicarte. Yo creo que viví muerta durante toda mi vida y ahora recién estaba saliendo a la luz".*  
(Carolina, página 12)

Patricio, su pareja, corrobora que luego de la sanación esotérica, Carolina no ha vuelto a intentar matarse y de hecho prescinde del tratamiento psicofarmacológico en forma inmediata:

*"...porque después que la Carolina se sanó, nunca más se ha querido matar y decidió dejar de tomar remedios. De hecho, en la casa hay una caja...nosotros le encontramos otro sentido a la vida. La vida no es tan, no es lo que sólo piensas cuando tienes 18, 20, 25 años... lo que es súper significativo para nosotros porque provocó un cambio. Porque pasar de los remedios... ahí están los remedios. Cuánta gente hay que sigue tomando remedios y no puede encontrar la sanación. Aquí quienes sanan son los ángeles. Dios quiso que se sanara".* (Patricio, pareja de Carolina, páginas 7-8)

*"Yo puedo dar fe que una persona que históricamente tuvo tratamiento psiquiátrico, a contar del otro día, no tomó más pastillas, no tomó más litio".*  
(Patricio, pareja de Carolina, páginas 7-8)

Patricio refiere total certeza, que fue la ayuda brindada por el parapsicólogo lo que realmente recuperó a su pareja:

*"Lo que hizo el parapsicólogo fue sanar. Y por eso yo coloco las manos al fuego. El parapsicólogo la sanó, no hubo más remedios, volvió a trabajar, volvió a ser familia...".* (Patricio, pareja de Carolina, página 11)

El testimonio de Claudia también apunta a una mejoría desde la primera sesión:

*"Salí de allí y ya cuando, bueno, abrí el auto ya sentí algo raro para manejar para mi casa. Yo ahí sentí algo raro como no...no te podría explicar si fue como un cambio de mentalidad, si fue un cambio físico no te podría decir exactamente lo que pasó conmigo, pero hubo un cambio. Yo*

*ahí yo me acuerdo que fue la primera vez que respire normal, como que sentí que mi respiración estaba en mí, que yo existía, ese fue como el primer cambio y cuando llegué aquí llegué muy serena...”. (Claudia, página 19)*

En la siguiente cita, Claudia señala que se ha requerido de un proceso para que desaparecieran las crisis de pánico y la sintomatología depresiva, junto a otros cambios positivos que continúan ocurriendo:

*“...que el cambio no fue así como ¡ya mañana mi vida está bien, está todo bien!... no, fue como los cambios de a poquito y de hecho hasta ahora, no se po, 3, 4 meses sin crisis de pánico, sin depresiones, sin nada y siguen habiendo cambios. O sea, los cambios son para mejor...yo hubiera esperado que la vida hubiera vuelto de nuevo a lo mismo, una depresión o a una crisis de pánico y como que siguen mejorando las cosas, como que yo voy entendiendo, abriéndome a la vida distinto, como que los cambios son como despacito pero significativos”. (Claudia, páginas 19-20)*

El esposo de Claudia, Alejandro, evalúa que lo ocurrido constituye una solución rápida y eficaz, no encontrada en la medicina tradicional:

*“Mi evaluación es que las crisis de pánico desaparecieron, o sea, y sin medicamentos. Mi evaluación es que, en ese sentido, fue una terapia útil. Fue una solución que no encontramos en la medicina tradicional... ese era el tercer o cuarto año. Ya por lo menos 3 años, yo creo que un poco más de 3 años pero por lo menos eran 3 años... una solución que fue de un día para otro, fue muy rápida...”. (Alejandro, esposo de Claudia, página 12)*

Alejandro, coincide con su esposa al afirmar que desaparece las crisis de pánico, la sintomatología depresiva y mejora todo el funcionamiento familiar:

*“...hasta el momento ha sido muy bueno. No está tomando medicamentos...yo creo que también le curó la depresión...porque no observo en ella, en este momento, no percibo esa tristeza o ese dolor o esa victimización, que ella hacía notar en algún momento. No percibo en ella la intención de querer quitarse la vida, no. Siento que ve la vida con optimismo, con un poco más de alegría. Siento que disfruta los momentos*



*junto a sus hijos y tiene ganas de seguir adelante...”. (Alejandro, esposo de Claudia, página 12)*

Alejandro señala que ha sido la sanación esotérica lo más efectivo, aunque desconozca sus mecanismos subyacentes:

*“...el tratamiento parasicológico que fue finalmente el que le dio la cura. No conozco la razón por el cual ella se curó, si fue a lo mejor su propia fe en ese tratamiento la que la ayudo a salir de su problema o fue el tratamiento en sí. No te lo puedo asegurar, pero si no hubiese existido el tratamiento con el parasicológico yo creo que todavía estaríamos buscando alternativas”. (Alejandro, esposo de Claudia, página 14)*

Gustavo, desde su visión, también se muestra categórico al afirmar que ha sido la sanación esotérica lo único que realmente le ayudó:

*“No, en conjunto no. Para mí fue una cosa específica. Para mí fue la ida al parapsicólogo, como te decía denantes, como que sacó un switch. Cómo que sacó una ampolleta mala y para poner una buena. Después de eso, yo vi la vida desde otro punto de vista. Tengo ganas de vivir, tengo ganas de mejorar mi cuerpo...”. (Gustavo, página 12)*

La señora Gladys, su esposa, también aprecia que hubo un cambio positivo en él desde la primera sesión y que, con posterioridad, considere que el cambio ha sido sustancial, a pesar que en un comienzo haya sido muy escéptica, mejoría que también la aprecian los hijos:

*“...pero llegó distinto...porque él antes, tenía los ojos para dentro. No sé si tú has visto a una persona con depresión; tiene los ojos para dentro, así como tu tenís esas ojeras, y la cuenca del ojo se te va para dentro...así. Y después, cuando él llegó, tenía otra mirada, y toda la gente se dio cuenta. Mucha gente que vino, mi cuñada, ponte tú, mi mamá, gente que lo veía decía: ‘tiene algo distinto en los ojos’...y eso para mí fue un cambio”. (Gladys, esposa de Gustavo, página 3)*

*“Le dije que fuera, pero siempre con el escepticismo, pensando ‘quizás son puras patrañas’, pero el cambio que se ha visto en él es tan sustancial.*

*Años sufriendo la enfermedad de él, años sin ver la luz y ahora verlo como está, que él prácticamente me lleva la casa... todos esos años yo trabajé, y trabajé. Me levantaba al alba, me acostaba para mantener el bagaje de una casa con cuatro hijos, y todos estudiando... y ahora, ponte tú, yo duermo hasta las 10, me levanto cómodamente... sin estar nadando en plata, pero más relajada, porque él ayuda". (Gladys, esposa de Gustavo, página 4)*

*"...y ellos, a su vez, han notado el cambio... porque me lo dicen, los grandes me lo dicen: 'esta mejor el papá...' Sí, le digo yo. Gracias a Dios...". (Gladys, esposa de Gustavo, página 5)*

En congruencia con todo lo señalado, Mirna también sostiene que ha sido la sanación esotérica el método que realmente ayudó a su hija Jessica, tal como se puede apreciar en las siguientes citas:

*"Yo creo que, efectivamente, lo que más la ayudó a ella fue la ayuda del parapsicólogo y la médium. Yo creo que eso fue lo más importante porque de ahí, yo recién vine a percibir un cambio en ella. Como le digo, los métodos que ellos usaron yo no los conozco, pero yo creo que desde que llegó donde ellos, ella tuvo un cambio. Tuvo un cambio muy favorable, de hecho esto fue pasando y gracias a Dios nunca más se ha vuelto a repetir". (Mirna, madre de Jessica, página 11)*

*"...o sea, cambió mucho, porque ella antes era como otra persona, totalmente otra persona y todo le molestaba, todo le parecía mal y que 'no, que esto aquí...que esto no me gusta...no'...y así como demasiado alterada de repente y nada le agradaba. Entonces, después tuvo este cambio súper positivo...". (Mirna, madre de Jessica, página 11)*

Johana, de acuerdo a su vivencia, también reporta que claramente ha sido la sanación esotérica lo que más le ha ayudado, de tal manera que se encontraría más tranquila, con menos ansiedad, angustia y sin la permanente ideación suicida:

*"... yo creo que lejos lo que más me ayudó ha sido la parapsicología. De hecho, yo nunca estuve muy informada sobre el tema y ahora que he sabido más de lo que se trata, yo creo que sí me ha ayudado harto y yo*

*creo que en un mil por ciento, porque logró que se me fueran estas entidades, que desaparecieran, a lo mejor no por completo por lo del payaso que todavía queda, pero lo que me han dicho a mí es que tienen que ser como varias sesiones, que esto no es de un día para otro". (Johana, página 19)*

*"... yo me he sentido súper liviana, con mejor aspecto, así como en el sentido de que me voy a dormir y logro dormir, cosa que antes no podía hacer. He andado más tranquila, con menos ansiedad, menos angustia. Ya no estoy con esos pensamientos negativos que tenía antes de quererme morir todo el tiempo, porque en realidad antes era todo el tiempo lo mismo, así con pensamientos negativos...". (Johana, página 20)*

Karen, la madre de ella también aprueba el proceso de sanación esotérica considerando, por ejemplo, que las entidades que su hija veía desde niña actualmente han desaparecido y, al igual que en las citas anteriores, también considera que este tipo de abordaje ha sido el mejor:

*"...hasta ahora hemos tenido dos sesiones y realmente han sido aprobables... aprobables en el sentido de que, por ejemplo, ya la primera sesión que le hicieron a ella, ya la niña ya no apareció más en sus sueños. No ha vuelto más a molestarla. En una segunda instancia, apareció hace como dos semanas atrás el payaso pero tuvo ella otra sesión y ahora el payaso como que ha desaparecido por que ya no lo ha vuelto a verlo a él y ya llevamos casi dos meses y no, ella no ha vuelto a ver a la niña... como un mes y tanto. Entonces, la niña como que ha desaparecido de los sueños de todo". (Karen, madre de Johana, página 7-8)*

*"Lo que a mí me ha dado como más tranquilidad de todas las cosas de sanación ha sido lo del parasicólogo..". (Karen, madre de Johana, página 9)*

Karen, asegura que su hija además ha mejorado su autoestima, sus relaciones interpersonales, en especial con su familia y su motivación para idear y emprender sus proyectos de vida:

*“El quererse ella. Por ejemplo, quererse un poquito más como ella es, porque anteriormente se encontraba como fea, muy fea se miraba al espejo y decía que el mismo espejo le decía que era fea, que ella no era bonita que nadie la quería, que todo el mundo la odiaba. Ahora no, ella se siente como más libre, como el quererse como es, el tener las ganas de, por ejemplo, de arreglarse, de verse más bonita, de sentirse ahora con mas cercanía a la gente. Durante estos años, ella ni siquiera soportaba ni a la propia familia. Era todo un odio contra toda la familia, o sea ella no quería a nadie y ahora creo que ha sido distinto”. (Karen, madre de Johana, página 9)*

*“...ahora esas ganas de vivir, de seguir estudiando, de hacer una carrera, entonces como que esas cosas me motivan más y yo encuentro que le ha servido con estas sesiones del parasicólogo”. (Karen, madre de Johana, página 9)*

#### **5.3.5.2. Énfasis en recomendar y difundir la sanación esotérica que ellos recibieron**

Esta subcategoría alude a la generalizada opinión por parte de los/as entrevistados/as respecto de no sólo recomendar sino también lograr una difusión de los excelentes resultados que ellos reportan haber tenido con este método, lo cual es posible ejemplificar en las siguientes citas de Carolina, Claudia Gustavo y su esposa:

*“...o sea, yo lo único que hago es recomendar el lado B; existe el lado A que tiene que ver con la ciencia y el lado B que es esta mejoría...hay un dicho...no me acuerdo, ¡hoy estoy con Alzheimer!...que dice: ‘tú puedes vivir la vida creyendo que los milagros existen o puedes vivir creyendo que los milagros no existen’, así de simple. A las personas que viven esta situación, yo les recomiendo el lado B”. (Carolina, página 14)*

*“...pero esto con el parasicólogo fue en poco tiempo, en poco tiempo y sanador, porque yo llevo cuantos meses así y he estado parejita y cada vez voy como viviendo mejor la vida, entonces es distinto. O sea si la gente tiene la posibilidad de sanarse de esta forma, bienvenido... yo he hablado*

*con otras personas y siempre les sugiero esta posibilidad porque es mucho lo que a mí me sirvió y yo sé también que a mucha gente le ha servido. De hecho yo he ido a la clínica del parasicólogo y está siempre llena". (Claudia, página 23)*

*"...porque ojalá mi experiencia pueda servir para que otras personas se mejoren, es una cosa que no tiene explicación científica, explicación lógica...no sé cómo explicarlo...pero existe...existe. Así como existe el bien, también existe el mal. Así que ojala que a usted le sirva y ojala pueda difundirlo y convencer que esta cosa existe". (Gustavo, página 13)*

*"...esto sirve para gente como nosotros que pasó por esto, que es terrible, yo no podría calificarlo de menos. Porque si alguien tiene un hijo que tiene esto, si alguien de su familia está así de mal, sabrá de lo que estoy hablando, y si hay una solución como la que nosotros encontramos...pucha, bienvenida...sigamos con esto y tratemos a la mayor cantidad de gente. A lo mejor a no todo el mundo le va a servir o no todo el mundo está posesionado, o no todo el mundo tiene que a alguien que le haya hecho un mal...a lo mejor no todo el mundo tiene eso, pero sí la gran mayoría, yo creo que le ayudaría mucho, mucho. Porque lo que ha ayudado aquí...es como para sacarle el sombrero a este caballero. O sea, porque nosotros llevamos muchos años. Era un sufrimiento diario y verlo a él que se hundía, se hundía todos los días, en esa cosa que yo lo miraba y decía: '¿cómo le fue a pasar esto que tiene?'. Y si alguien va y te dice: 'sabe que tiene una posesión' y el hombre cambia, o sea, hay que creer. Y si puede ayudar a mucha gente, sería maravilloso...porque yo decía: 'por favor que alguien me tienda una mano, que alguien me ayude con esto'...como te digo, al principio como que no creí mucho, dije yo: 'son cuentos, a lo mejor quieren puro sacarle plata', pero lo que yo veo ahora es la diferencia, y la diferencia es harta y si con eso, si él puede tomar las riendas de su vida, es importante". (Gladys, esposa de Gustavo, página 6)*

Patricio, por su parte, considera que la sanación esotérica aunque no pueda comprobarse según los parámetros clásicos de la ciencia tradicional, merece su espacio para profundizar en su uso y en este sentido, considera que la psicología y la psiquiatría deben aceptar sus procesos inherentes:

*“Claramente, los que tienen alucinaciones, a mi juicio, la mayor parte de los esquizofrénicos tiene una posesión o una presencia...denles un espacio y así tomar una muestra. Siempre y cuando se quieran sanar, probar si efectivamente bajo este método, que no es comprobable en el sentido que no ves nada durante el tratamiento, se pueden mejorar”. (Patricio, pareja de Carolina, página 9)*

*“...yo creo que la psicología y la siquiatria deben aceptar, que alguien se puede desdoblar en un estado consciente e inconsciente...”. (Patricio, pareja de Carolina, página 8)*

Karen, la madre de Johana, hace hincapié en su anhelo de que los profesionales de la salud mental se acercaran a este tipo de abordaje y complementaran su quehacer con él:

*“Yo creo que lo ideal es como que existieran o hubieran mas psicólogos, mas psiquiatras que creyeran en esto y que se complementaran con lo esotérico”. (Karen, madre de Johana, página 10)*

#### 5.3.6. Rechazo a la mejoría por la sanación esotérica debido a la sugestión

Esta última categoría expresa una apreciación unánime por parte de todos los entrevistados/as respecto del rechazo a la explicación de su mejoría lograda por la sanación esotérica debido más bien a la sugestión, y descartan la concurrencia del efecto placebo, de cualquier tipo, tal como se ejemplifica en la opinión de Gustavo, considerando factores como el tiempo que ya ha transcurrido desde que se produce la mejoría, la concurrencia de los mismos factores ambientales de antes y la dependencia al tratamiento psicofarmacológico, el cual se suprime casi instantáneamente:

*“Yo creo que una sugestión no puede durar tanto tiempo...o sea yo me mejoré en febrero de este año y estamos a julio de este año...o sea, no puedo estar tanto tiempo sugestionado y estar alejado de tu entorno, de las cosas que te llegan del diario vivir...no podría estar yo predispuesto a no reaccionar ante una rabieta de mi hijo, y tampoco creo en la sugestión por fármacos. O sea, yo te digo que antes de ir al parapsicólogo si yo no me tomaba la venlafaxina, yo... yo no podía estar...no podía vivir sin la venlafaxina, no podía dormir sin el clonazepam, no podía estar sin el ácido*

*valproico. Y si fuera una sugestión... ¿cómo logro dejar los medicamentos? ¿Cómo logro no sentirme mal?”. (Gustavo, páginas 9-10).*

Claudia, en las siguientes citas, parece, por una parte, hasta ironizar con el eventual cuestionamiento que se le pudiera hacer a su recuperación y, por otra, manifestar su indiferencia frente a las personas que lo hagan, manifestándose más bien imbuida del propio bienestar que la embargaría:

*“...heee... ¡viva la falsedad! (risa)...sí, porque si yo estoy viviendo este periodo tan lindo para mí que yo vibro con los olores, vibro con el sol, con sentir el sol, si está nublado lo vivo también. Si hace frio también lo siento, o sea si alguien pudiera traspasarse a mí y sentir todo lo que yo estoy sintiendo...”. (Claudia, página 21)*

*“... y si alguien me cuestiona, me da lo mismo porque a mí no me aqueja. Todos tienen su opinión, su punto de vista y yo la respeto, pero a mí lo que me importa más en este momento es preocuparme de mí, de lo que a mí me está pasando. Ni siquiera de mi hijo o de mi marido, sino de lo que yo estoy experimentando conmigo misma, que para mí es mucho más tranquilizador...”. (Claudia, página 21)*

Karen, madre de Johana, también ejemplifica el rechazo a la sugestión argumentando que anteriormente ya le ocurrió, pero con la mejoría que pretendió encontrar en la salud mental y sus profesionales, solución que nunca la obtuvo a través de aquel medio:

*“...no creo que sea como estarme sugestionando yo de querer ver las cosas bien, porque en muchas oportunidades me dije eso mismo, esa misma sugestión que de la noche a la mañana iba a ver a mi hija bien. Nunca la vi, buscando y tocando puertas de distintos psiquiatras, distintos psicólogos hasta que llegamos a esto. Entonces, yo creo que esto para mí...y confió en Dios que esta es la solución como para ella...muchas personas me lo han dicho últimamente, que a ella le cambio la cara. Es otra cara, o sea son otros ojos no es la mirada que ella tenía últimamente”. (Karen, madre de Johana, página 8)*

Carolina, por su parte, también descarta la eventual sugestión en su mejoría y entrega, en este sentido, similar argumentación que la madre de Johana, refiriendo que el tratamiento psicofarmacológico prescrito podría haber causado en ella igual efecto placebo, situación que no ocurrió:

*“No tiene ninguna relación, porque hubiera pensado lo mismo con los fármacos. O sea se supone que existe el medicamento. Me acuerdo que mi psiquiatra me decía: ‘vamos a probar medicamentos de última generación, que es inocuo para tu cuerpo y que bla, bla, bla’...yo podría haber tenido perfectamente una sugestión con eso, con esa pastillita. Y probablemente no hubiera tenido necesidad de ir donde este parapsicólogo, probablemente la sugestión la hubiera tenido desde que el doctor enzarzó esta pastilla que es de última generación”. (Carolina, página 14)*

Patricio, en sintonía con lo planteado frente al tema, sencillamente compara lo ocurrido con su pareja luego de la sanación esotérica versus los reiterados intentos de quitarse la vida, antes de la atención parapsicológica:

*“En el caso de nosotros, no lo creería. Es que uno vive la situación. Yo vi a mi señora intentar matarse varias veces y la salvé como dos o tres veces. Vi que después de la sanación nunca más lo ha intentado”. (Patricio, pareja de Carolina, página 12)*

Por último, tal como se explica al inicio del presente análisis, se han encontrado en las entrevistas una participación relevante por parte de dos prestaciones desde la salud mental, en las que se destacan principalmente dos profesionales de la psicología que no se han incluido en las categorías recién expuestas puesto que sólo se dan en dos de los casos explorados, no obstante, se ha considerado que son importantes, pues parecen haber cumplido un papel clave en términos de la sanidad mental de dichos casos, razón por la que serán mencionadas a continuación.

De esas prestaciones, una corresponde a una exitosa terapia de parejas en uno de los matrimonios entrevistados, conducida por una psicóloga. Si bien es cierto, este proceso psicoterapéutico no alivió la sintomatología más aguda de la paciente, resuelta mediante la sanación esotérica, el matrimonio en cuestión, le ha otorgado bastante importancia, considerando que fue un espacio muy significativo, tanto de



descubrimiento personal como de pareja, evitando lo que en su momento fue una inminente separación. La siguiente prestación a mencionar es la atención brindada a otra de las pacientes en una unidad psiquiátrica de patología dual (destinada sólo a pacientes que presentan una psicopatología grave y una drogodependencia). Cabe destacar en este caso, al psicólogo tratante, el cual es al mismo tiempo director de este hospital de día, pues en un ambiente terapéutico de mucho compromiso y dedicación personalizada a cada paciente, logrando una gran alianza de trabajo, el profesional de la psicología mencionado junto al psiquiatra de dicho establecimiento, tuvo la apertura para incluir en el proceso de ella, el abordaje por parte del equipo parapsicológico, permitiendo que luego de la beneficiosa sanación esotérica en que fueron eliminados los síntomas más agudos, el proceso psicoterapéutico se abocara a la resolución de aspectos más comúnmente posibles de abordar por parte de la salud mental, logrando un alta clínica exitosa, en un acontecimiento quizás inédito a lo menos en el ámbito de la salud mental nacional.

#### **5.4. Análisis relacional**

Una vez realizado el análisis descriptivo es preciso realizar la revisión de las categorías emergentes e integrar los memos, estableciendo relaciones y destacando aquellos aspectos que revistan particular relevancia; lo anterior ha dado como resultado un cuadro que se expone a continuación, el cual se refiere a la **Búsqueda de Mejoría en un Método de Sanación Alternativo** (Ver Diagrama N° 8)

Diagrama N°8: Búsqueda de mejoría en un método de sanación alternativo (I parte)

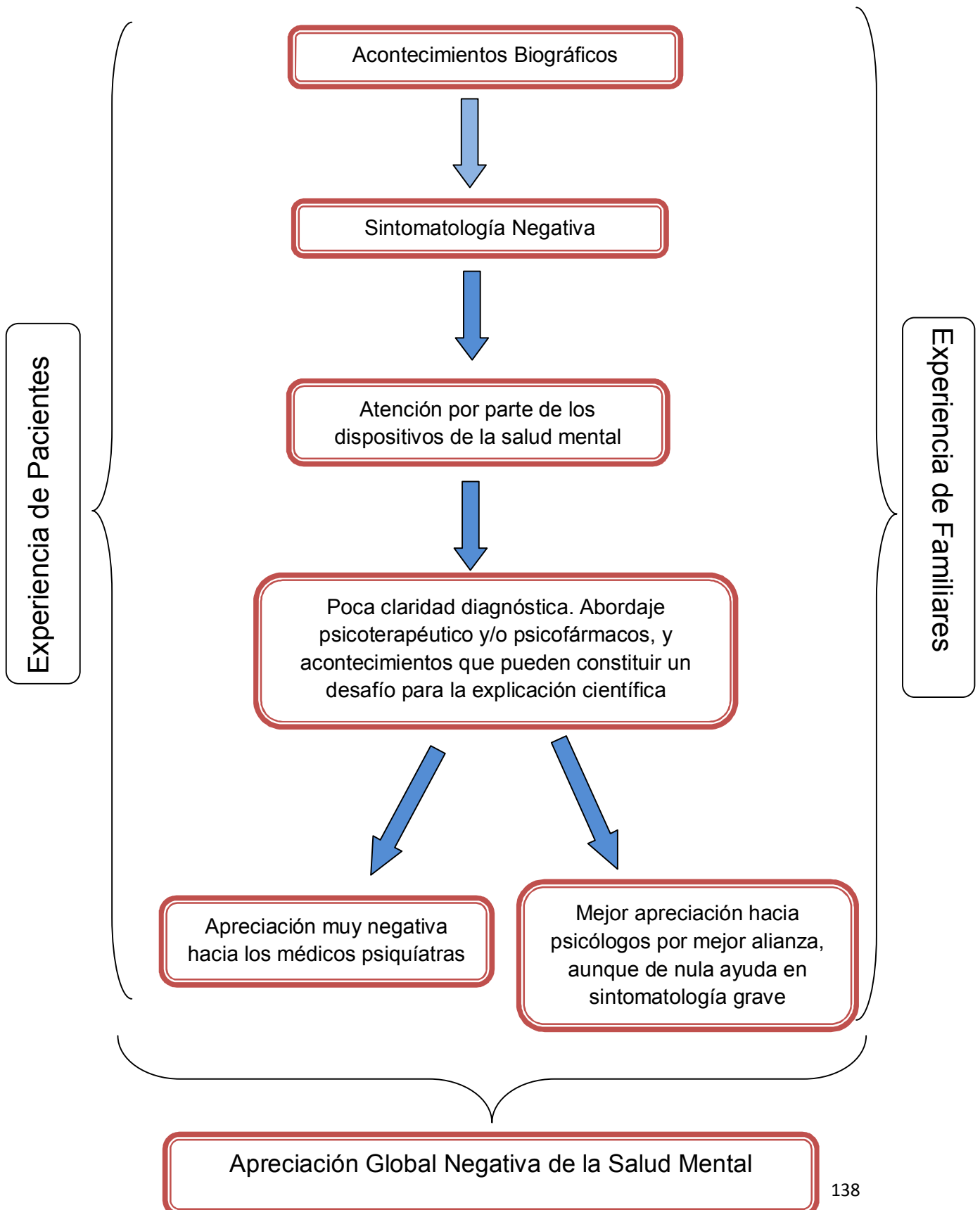
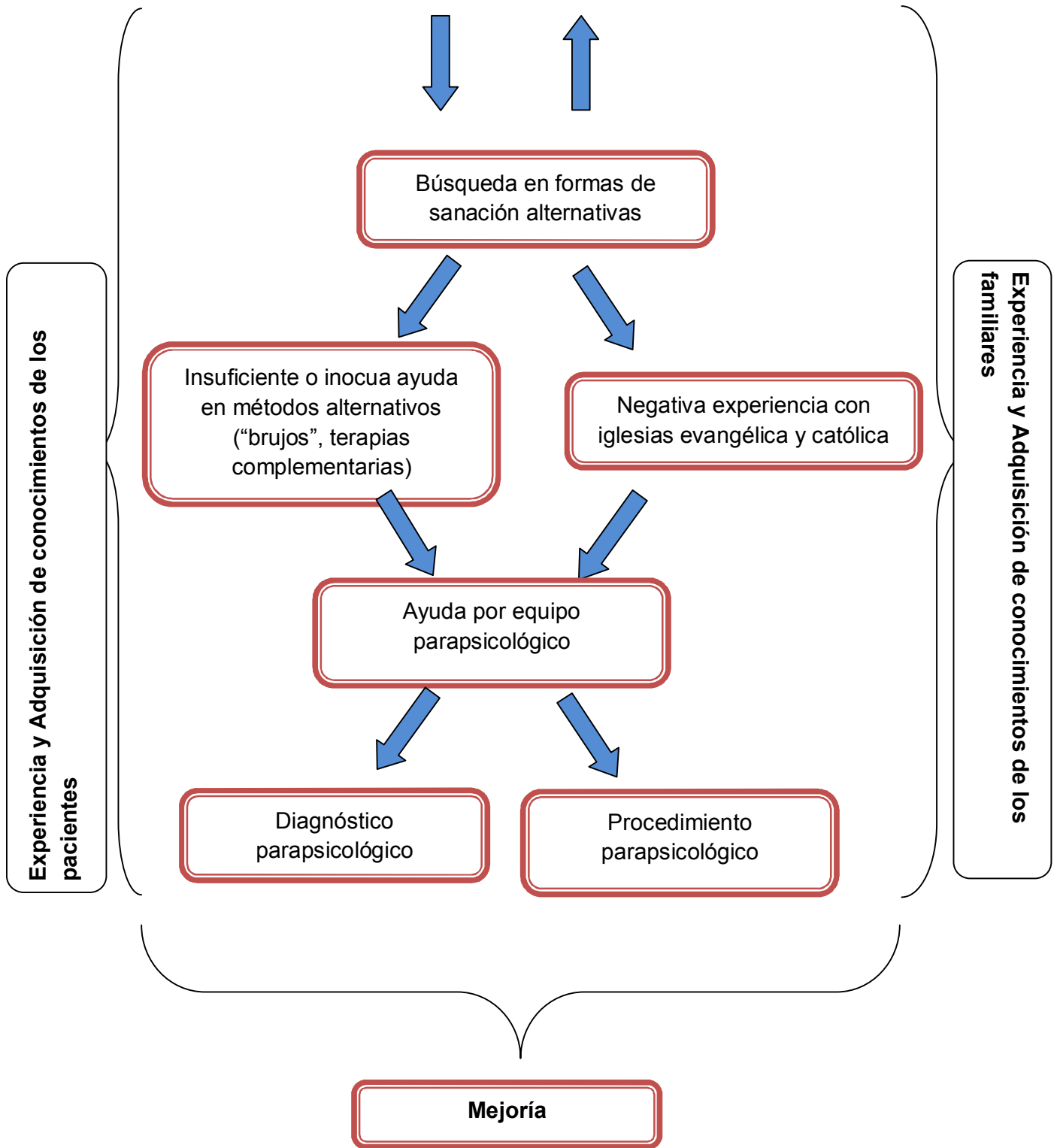


Diagrama N°8: Búsqueda de mejoría en un método de sanación alternativo (II parte)



Entre los aspectos que han surgido en el proceso de entrevistas, es posible apreciar en el primer cuadro, el acontecimiento de una sintomatología negativa, la cual puede verse originada presumiblemente por una serie de acontecimientos biográficos disruptivos de la más diversa índole y en diferentes instancias de su ciclo vital en todos/as los/as pacientes, los cuales directa o indirectamente también han afectado a sus familiares. De igual forma, se ha evidenciado la existencia de una serie de acontecimientos negativos, cuya explicación resulta ser un desafío para la ciencia. Estos sucesos (los cuales a priori podrían clasificarse en la esfera de lo esotérico y paranormal), pueden eventualmente formar parte de aquellos eventos biográficos negativos y, en otras circunstancias, parecen constituir la sintomatología más grave del caso explorado.

En primera instancia, los/as pacientes y sus familiares buscan auxilio en las prestaciones disponibles por parte de la salud mental. Lo anterior implica la búsqueda de atención por profesionales de la psiquiatría y la psicología en los más diversos contextos terapéuticos, tales como centros de atención primaria, secundaria y terciaria de la red de salud pública del país, como así también, en los abordajes de salud mental pertenecientes al sistema privado de salud. Al respecto, la experiencia con los médicos psiquiatras resulta ser bastante negativa, debido fundamentalmente a que los/as entrevistados/as perciben en ellos una limitada capacidad de ayuda respecto de lo que estos profesionales pueden otorgar, predominantemente a través de la farmacoterapia, tratamiento calificado como pésimo por los/as entrevistados/as. Así mismo, los psiquiatras son tachados como lejanos y déspotas en su actitud. En este sentido, los profesionales de la psicología aunque reciben una mucha mejor opinión en torno a lo que a la alianza terapéutica se refiere, en la gran mayoría de los casos, tampoco resultan ser de alguna ayuda en la mejoría de la sintomatología más grave.

Tanto los pacientes como sus familiares, realizan un balance negativo de la salud mental en su conjunto, constituyendo como común denominador, las dificultades que los profesionales de esta área de la salud, tuvieron para establecer un diagnóstico claro y definitivo, junto con abordajes terapéuticos que en el mejor de los casos no pasaron de ser una ayuda relativa y/o más bien paliativa. Quizás en este punto, los dardos hayan apuntado con más dureza hacia el modelo de atención psiquiátrico propiamente tal, calificado no sólo como ineficaz, sino que en muchos casos inadecuado y/o iatrogénico, detentando un poder en la sociedad e imaginario colectivo, apreciado como exagerado e ilegítimo.

En la segunda parte del Diagrama N°8, se aprecia que, debido a no encontrar alivio respecto de la sintomatología más grave y apremiante en las prestaciones ofrecidas por la salud mental, la mayoría de los pacientes y sus familiares se lanzan con desesperación, en la búsqueda de ayuda en prácticas de sanación alternativas ya sean éstas reiki o yoga, la inclusión de un “brujo”, o inclusive recurriendo a las iglesias evangélica y católica, sin que ninguno de estos intentos tenga un resultado positivo.

En este punto, los/as entrevistados/as se encuentran con un equipo específico dedicado a la parapsicología, el cual se compone principalmente por un parapsicólogo y una médium o psíquica. Éstos, a través de sus propios procedimientos, formulan a todos los/as pacientes diagnósticos que se relacionan con estar siendo poseídos por espíritus de personas que ya han fallecido o por entidades malignas tales como demonios, muchas veces a causa de la ejecución de un ritual de magia negra a petición de un tercero. A continuación, el equipo parapsicológico realizó un proceso de sanación esotérica, el cual consiste esencialmente en la extracción de dichas entidades negativas que aquejan a los pacientes en un trabajo en conjunto entre el parapsicólogo, el cual comanda la sesión y la médium, que es puesta en trance y tendría la capacidad de conectarse espiritualmente de forma simultánea con el/la paciente en cuestión, con las entidades negativas que lo/la aquejan y con un panteón de seres de luz tales como ángeles y arcángeles. Son precisamente estos seres de luz los que serían invocados en estas circunstancias y los que colaborarían en liberar a los consultantes de la posesión y/o magia negra que los aqueja.

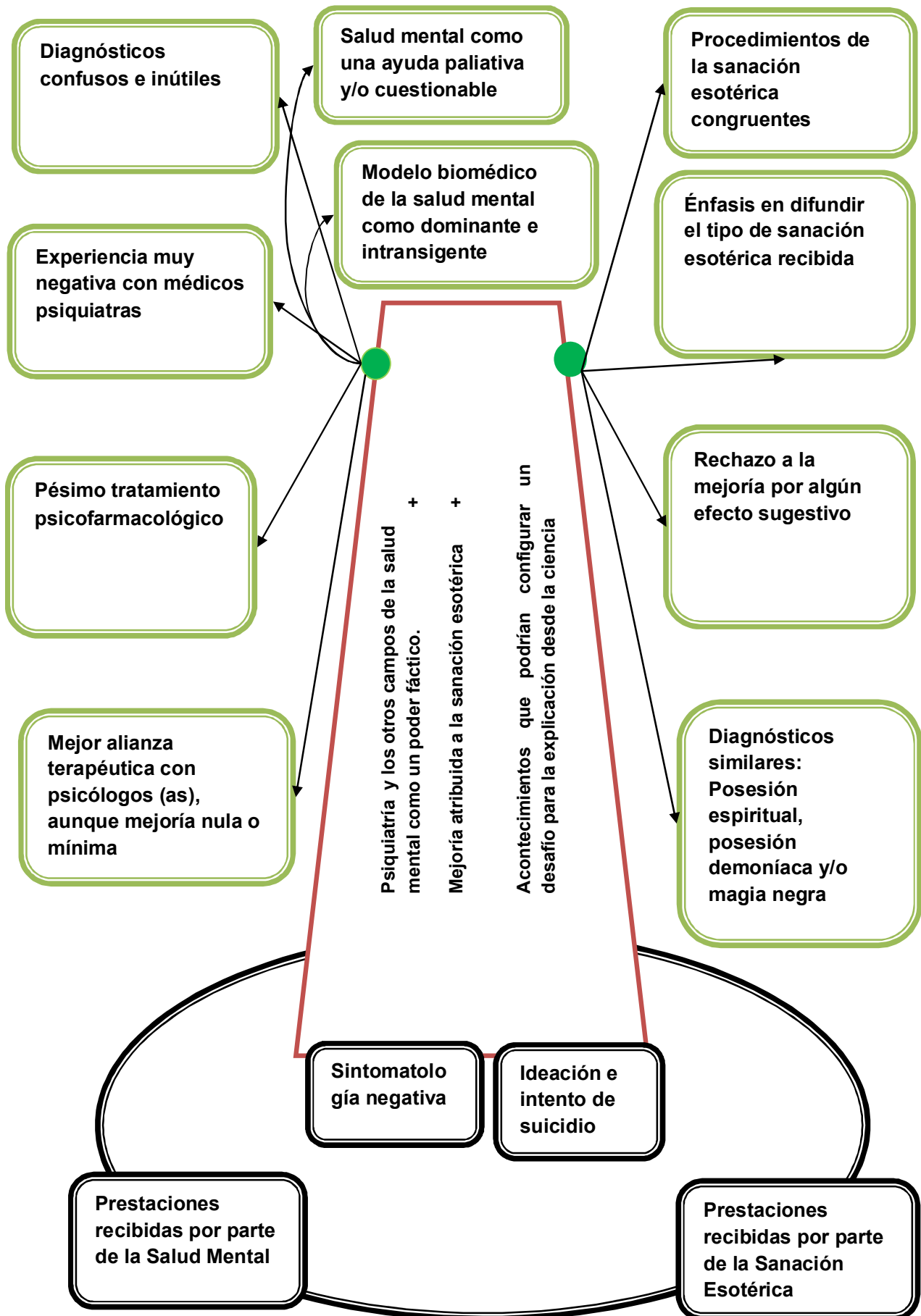
Según lo reportado unánimemente tanto por los/as pacientes como por sus familiares, luego de este proceso (el cual en promedio consta de unas seis sesiones), lograron experimentar un alivio extremadamente significativo, el cual comenzó desde la primera sesión, al punto de dejar el tratamiento psiquiátrico en la gran mayoría de los casos. De acuerdo al momento en que las entrevistas fueron realizadas, ésta mejoría tan ostensible, se habría instalado de manera permanente y de acuerdo a cada caso, se mantendría por varios meses o incluso años. En este sentido, todos y cada uno de los/as entrevistados/as rechazan que dicho estado de bienestar se haya alcanzado por efecto de algún tipo de sugestión o efecto placebo, aludiendo entre otros factores: la cantidad de tiempo en que se han sentido bien, estando sometidos a los mismos estímulos displacenteros de antes; los conocimientos adquiridos respecto de la propia lógica de los fenómenos esotéricos; los radicales y positivos cambios experimentados, o argumentando que la misma sugestión y/o efecto placebo podría

haberla otorgado alguna prestación desde la salud mental como por ejemplo el tratamiento psicofarmacológico, situación que no ocurrió.

### **5.5. Modelo hipotético – interpretativo**

A continuación, se presentará el modelo hipotético interpretativo resultante del proceso de codificación selectiva, el cual emerge de los procesos de codificación realizados con anterioridad e integra los resultados descriptivos y relacionales expuestos. El presente modelo (Modelo Hipotético Interpretativo) describe las categorías centrales a las que hemos denominado ***Psiquiatría y los otros Campos de la Salud Mental como un Poder Fáctico y Mejoría Atribuida a la Sanación Esotérica***, entendida la primera como un discurso dominante e ineficaz y la segunda como un discurso no dominante pero efectivo en la sintomatología más aguda. Quizás, una tercera categoría podría ser compuesta por aquellos ***Acontecimientos que Podrían Configurar un Desafío para la Explicación desde la Ciencia***, agrupando en esta denominación una serie de eventos que transversalmente estuvieron presentes en el estudio, como por ejemplo, el hablar con un tono vocal masculino en dos de las pacientes entrevistadas, desarrollando al mismo tiempo una gran fuerza física en momentos de crisis, sin que las pacientes recuerden la situación, corto circuitos sistemáticos al entrar en un templo, sensación de ser quemada al colocarse prendas sin saber que estaba bendecida, el hecho de que el equipo parapsicológico se enterara de detalles de la vida de los pacientes de la investigación, con información mínima, vivencia de golpes en murallas y rasguño de ventana en un tercer piso, etc. (Ver Diagrama N° 9).

Diagrama N° 9: Modelo hipotético-interpretativo



El contexto en el cual surge esta dinámica, por una parte, se encuentra determinado por las **Prestaciones Recibidas por Parte de la Salud Mental**, donde los/as pacientes y familiares entrevistados/as acuden en primera instancia, frente a una **Sintomatología Negativa** compuesta por manifestaciones clínicas agudas y gran deterioro en todas las áreas del funcionamiento de los/as pacientes, **incluyendo la Ideación e Intentos de Suicidio**.

Los diversos dispositivos de atención en el ámbito de la salud mental, tanto desde la esfera de la psiquiatría como de la psicología, formularon una serie de definiciones diagnósticas tales como trastorno depresivo severo, trastorno afectivo bipolar, trastorno alimentario, trastorno de ansiedad y trastorno de personalidad, las cuales fueron catalogadas por los/as entrevistados/as como **Diagnósticos Confusos e Inútiles**, por la falta de consenso al ser formulados por los diversos profesionales y lo ineficaces que resultaron ser, para el establecimiento de un abordaje clínico eficaz.

Respecto de las atenciones propiamente tales, realizadas con los profesionales de la salud mental, destaca una **Experiencia Muy Negativa con los Médicos Psiquiatras**, asociados a una actitud despótica y cuya atención estuvo predominantemente centrada en un **Pésimo Tratamiento Psicofarmacológico**, en base a una amplia gama de antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo. La farmacoterapia fue unánimemente rechazada aludiendo no sólo la falta de mejoría, sino que además a los muy indeseables efectos secundarios que cada uno de los fármacos conllevó.

La experiencia con los profesionales de la psicología si bien fue en general mucho más positiva debido al logro de una **Mejor Alianza Terapéutica**, tampoco implicó una mejora respecto de la sintomatología más grave presentada.

Es así como la apreciación global del conjunto de las prestaciones recibidas en lo que respecta a los tratamientos psiquiátricos, psicofarmacológicos y psicológicos expresaron que la **salud mental es una Ayuda Paliativa o Cuestionable**. En este sentido, fue posible apreciar que todos/as y cada uno/as de los/as entrevistados/as subrayan una **Gran Crítica al Carácter Dominante e Intransigente del Modelo Biomédico de la Salud Mental**, expresando predominantemente un fuerte cuestionamiento a la psiquiatría, apreciada como la manifestación de un modelo científico impositivo respecto de la verdad ontológica del ser humano y sus padecimientos psíquicos, a la vez que descalificadora de otras prácticas de sanación.



En segunda instancia, son las **Prestaciones Recibidas por Parte de la Sanación Esotérica** las que completan el contexto de experiencias por parte de los/as pacientes y sus familiares, los cuales sin tener mayores conocimientos respecto de temas “místicos” y luego de la búsqueda infructuosa de soluciones a sus problemáticas por parte de otro tipo de sanaciones alternativas, logran conocer y contactarse con un equipo parapsicológico en particular, compuesto principalmente por un parapsicólogo y una persona que se desempeña como médium. En este ámbito, los **Diagnósticos fueron Similares y Relativos a una Posesión Espiritual, Demoníaca y/o Magia Negra.**

Habitualmente ocurrió que el/la paciente fue diagnosticado/a con más de uno de estos problemas, en el marco de un *modus operandi* bastante uniforme por parte de este equipo parapsicológico, para todos los/as pacientes, lo cual pudo apreciarse en **Procedimientos de Sanación Esotérica Congruentes Entre Todos los Casos**, caracterizándose cada abordaje por idéntico procedimiento. En una primera instancia los/as pacientes o sus familiares, se comunican telefónicamente con la consulta. Una secretaria les solicita su nombre completo y su fecha de nacimiento y les entrega un código de su caso, mismo que debe ser nombrado días después cuando vuelven a llamar para conocer la respuesta y/o diagnóstico, incluyendo la posibilidad de que el equipo parapsicológico haya detectado en el procedimiento que efectúan a distancia, que lo que ocurre con la persona compete única y exclusivamente al ámbito de la salud mental, en cuyos casos, se abstienen de atención alguna. También fue recurrente la petición a los/as entrevistados/as que tomaran fotografías de sus domicilios o lugares específicos de éstos, con la finalidad que el equipo parapsicológico pudiera detectar presencias y entidades negativas. Una vez que los/as pacientes concurren a la consulta cancelando un monto promedio de \$300.000 por el proceso total (independientemente de la cantidad de sesiones que se tengan, las cuales oscilaron en el rango de tres a seis sesiones), son conducidos a una habitación. A continuación se les solicita que se recuesten en una cama de dos plazas, junto a la médium o psíquica, que el parapsicólogo coloca en trance hipnótico, Bajo este estado, la psíquica tendría la capacidad de explorar espiritualmente a la persona, incluyendo detalles de su pasado en ésta y otras vidas anteriores, detectando traumas psicológicos y la presencia propiamente tal, de entidades negativas que se han apoderado de ella, lo cual estaría bastante vinculado con una baja del campo energético espiritual que rodearía a cada ser humano, definido como “aura” por diversas tradiciones espirituales del mundo. Estas presencias pueden guardar relación con el espíritu de personas que han fallecido de una forma trágica o intranquila y/o con

entidades malignas tales como los seres descritos como demonios por todas las tradiciones religiosas conocidas a lo largo de la historia de la Humanidad. Una vez identificados los problemas, el parapsicólogo guiaría a la médium para que invoque a una serie de seres espirituales positivos, habitualmente ángeles y arcángeles como aquellos que el cristianismo nombra como San Gabriel y San Miguel, junto a otros “maestros ascendidos” los cuales se encontrarían en planos muy superiores de realidad espiritual, para que les asistan en lograr que estas entidades negativas puedan ser extraídas de la persona aquejada y así continuar con su “camino” luego de la muerte, destinado al denominado “purgatorio” y/o “cielo” tal como es concebido por ejemplo por la teología católica y copta. Tanto pacientes como sus familiares, han insistido en que hay un diálogo casi inaudible entre el parapsicólogo y la médium y que, en efecto, durante las sesiones no existió hacia ellos, ningún tipo de interacción verbal, táctil o de cualquier otra índole.

Por otra parte, en todos y cada uno de los casos, se ha podido evidenciar una **Mejora muy Significativa Respecto de la Grave Sintomatología Presentada**, desde una primera sesión de la denominada sanación esotérica. Abundan, en este sentido, los calificativos que pacientes y sus familiares verbalizaron en las diferentes entrevistas, en torno al inconmensurable valor que le otorgaron a esta experiencia luego de vivenciar radicales y muy positivos cambios en áreas de su existencia que por años se mantuvieron gravemente perturbadas y frente a las cuales la salud mental en su conjunto, jamás pudo proveerles de una mejora eficaz, razón por la cual, junto con calificar todo lo ocurrido con el equipo parapsicológico como algo “mágico”, **los/as Entrevistados/as Solicitan Difundir el tipo de Sanación Esotérica Recibida**, incluyendo el hecho de que los profesionales de la salud mental debieran aceptar la existencia de los aspectos esotéricos y que al mismo tiempo, tuvieran un mayor acercamiento y complementariedad de su quehacer con prácticas relativas a la sanación esotérica.

Un último aspecto que unánimemente emergió en los participantes de la presente investigación, guarda relación con un **Rechazo a que la Mejoría se Hubiese Producido por Sugestión**, argumentando entre otras razones, que igual sugestión podría haber ocurrido con algún psicofármaco o con cualquier otro dispositivo relacionado con el modelo biomédico-psiquiátrico, entendiendo que estos aspectos son parte de algún tipo de verdad oficial y universal. También han hecho alusión a la cantidad de tiempo que ha transcurrido desde que se produce el proceso de sanación esotérica (desde meses hasta años), y la imposibilidad de haber mantenido una

fachada de mejoría al experimentar iguales factores ambientales de antes, durante todo ese período hasta el momento en que se producen las respectivas entrevistas.

## VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

*“Nadie puede pensar un pensamiento por mí,  
así como nadie puede ponerse mi sombrero por mí”.*

*Ludwing Wittgenstein.*

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de la investigación, contrastándolos con los contenidos precedentes revisados en el marco teórico. Con el objetivo de facilitar su comprensión, se ha estructurado la discusión comenzando con algunos alcances finales respecto del postmodernismo y el construccionismo social. Posteriormente, se abordan aspectos concluyentes en relación al entrecruce entre ciencia y religión, al mismo tiempo que se profundiza en los tres pasos de cualquier conocimiento científico válido. Antes de referirse a las dificultades que históricamente la salud mental ha evidenciado respecto de la exploración de temáticas como la posesión espiritual y la sanación esotérica, se realiza un breve alcance a la importancia del vínculo terapéutico. Luego, se ha elaborado un análisis respecto de lo encontrado en la bibliografía en torno a la esfera de los trastornos disociativos, de trance por posesión y la psicología transpersonal, en contraste con los hallazgos evidenciados de acuerdo a lo expresado por pacientes y familiares. A continuación, se resaltan los conceptos de verdades múltiples, a las cuales Foucault hace referencia, junto a la existencia de la imposición de ciertos juegos de verdad por sobre otros, que los poderes facticos ligados a determinados grupos de poder detentan, razón por la cual, se consideran como válidas tanto las interpretaciones como los juegos de verdad elaborados por los entrevistados/as, subrayando finalmente, que todo lo planteado acerca de temas esotéricos y/o espirituales pertenecen, precisamente, a la esfera de los discursos no dominantes y/o de negación, acaso también a las convenciones de negación.

Es así como el postmodernismo, junto con el construccionismo social y sus planteamientos, han llegado para desacreditar ideas antes intocables, a propósito de los conceptos como el de la verdad y de objetividad.

Son muchos quienes señalan que el futuro de nuestra condición global depende en gran medida de cómo podamos internalizar y reforzar estas ideas para el mutuo e imprescindible entendimiento entre las más diversas cosmovisiones que actualmente ofrece nuestra civilización humana. Es más, cabe la pregunta de cómo en los próximos 50 años podremos vivir respetuosamente (a lo menos), en un mundo que parece

ofrecer a cada instante múltiples declaraciones sobre lo real y lo incierto, situación que parece adquirir todavía mayor velocidad, a medida que los años transcurren. Cabe entonces también preguntarse respecto de cómo podremos compartir nuestras ideas y dialogar entre nosotros, aproximándose al mismo tiempo, a realidades tan distintas, de modo de suavizar la abrumadora cantidad y variedad de fronteras que un proceso como este ha comportado y que seguirá manifestándose.

El construccionismo social plantea que *“deberíamos mutuamente reconocer las posibilidades heredadas de las diversas formas de vida, sin importar cuál sea superior. Se trata de cómo vivir juntos estableciendo nuevas formas de coordinación”* (Gergen, 2010). Ciertamente, necesitamos de un esfuerzo colaborativo. Se requieren puntos de vista no sobre “lo” real, sino respecto de “algo” real, lo que según Gergen, nos lleva a la interrogante de ¿por qué no buscar métodos alternativos de mejoría y bienestar? Entiéndase por métodos alternativos, aquellos que precisamente no aparecen en los manuales. Debiéramos, de hecho, más bien entregarnos al flujo creativo del que hacíamos alusión, construyendo sin temor, nuevas formas de vida, realidades y posibilidades totalmente nuevas que nos permitan sostener una existencia más enriquecedora (Gergen, 1996; 2010).

Lo que se ha intentado desarrollar en este proyecto, también se ha situado desde el punto de vista filosófico y epistemológico, en el entrecruce de la ciencia y la religión (o quizás debiera decirse, en la actual disociación que históricamente se ha llevado a cabo entre ambos eslabones), al considerar por una parte, a las disciplinas de la salud mental, relativas al modelo científico, y por la otra, a la sanación esotérica y la posesión espiritual, atribuibles a temas pertenecientes a la esfera de lo teológico. Aquella necesaria diferenciación de las esferas del arte, la moral y la ciencia ocurrida durante el modernismo, comenzó a derivar hacia una dramática separación (que terminaría transformándose en su principal desastre), dando origen a una alienación epidémica que acabó extendiéndose hasta contagiar todos los recovecos de la modernidad (Wilber, 2008a).

Ken Wilber, también ha planteado, que dicha gradual e histórica escisión, se relaciona, por ejemplo, con el instante en que cualquier tipo de dimensión interna del ser humano perdiera su legitimidad, tal como ocurrió en el período de la modernidad, instante en que el rechazo de los aspectos espirituales, fue sólo uno de los muchos acontecimientos relacionados y, al mismo tiempo, el hecho más notorio y emblemático. (Wilber, 2008a). Al respecto, la conclusión es clara: los espacios internos no sólo

albergan las dimensiones espirituales más complejas y elevadas del ser humano, sino que en sus fases más próximas y/o “mentales”, también le otorgan estructura al conocimiento empírico mismo, ya que éstos contienen una inmensa cantidad de otros tipos de estructuras, valores, pautas, contenidos y conocimientos que van desde la lógica y las matemáticas, hasta la lingüística y la ética. Aunque la ciencia empírica sensorial, no admita u omita este hecho, lo cierto es que en potencia, siempre ha existido la posibilidad de profundizar y acceder a otras modalidades de investigación, respecto de estos extraordinarios dominios (Wilber, 2008a).

Cuando se habla del método científico y señalamos que éste es empírico, es imprescindible preguntarse si estamos hablando de todo el conglomerado de experiencias posibles o sólo en un sentido exclusivamente estricto de la experiencia sensorial tal como habitualmente se establece, mediante las extensiones de los órganos de los sentidos humanos a través del microscopio, el telescopio y todo tipo de instrumentos y adminículos que apuntan en la misma dirección, como todo lo relacionado y reducido a la tecnología. Y lo cierto es que la ciencia jamás ha debido minimizarse a estas consideraciones, ya que aquello, descartaría campos como la lógica, las matemáticas y la mayor parte de las herramientas conceptuales utilizadas por el modelo científico, agregando además, a la historia, la propia psicología, la sociología y la antropología (Wilber, 2008a).

Luego de la utilización de cualquiera de las herramientas conceptuales de las que se vale el método científico, cualquier investigador deberá verificar su experiencia interna con otros que hayan llevado a cabo el mismo experimento interno y comprobar si han llegado al mismo resultado y, cuando la mayor parte de las personas adecuadamente calificadas, arriban a la misma conclusión, se suele decir que ha pasado la prueba del modelo y la consideramos como un fruto del auténtico conocimiento.

Uno de los elementos fundamentales de cualquier forma de conocimiento científico es el preceptivo, es decir, la necesidad imperativa de tener que seguir una prescripción: si usted quiere saber esto, deberá primero hacer esto otro. Esto parece quizás más evidente en las ciencias que se valen en mayor medida de la sensorialidad, como la biología pero, precisamente, también es imprescindible para las ciencias mentales como las matemáticas. En este aspecto, lo que se señala, podría asemejarse a cualquier forma práctica de arte, por ejemplo la cocina, en la que el indescriptible sabor de un pastel de choclo, puede ser transmitido a cualquier persona

a través de un conjunto de instrucciones que es imprescindible que siga, denominado “receta”. La actividad profesional de una persona dedicada a la ciencia empírico-sensorial está apoyada en el seguimiento de prescripciones, más allá de la lectura de una gran cantidad de textos (lo que ya es una prescripción). Si la tarea en cuestión, se tratara por ejemplo, de descubrir las estrellas y la velocidad en que estas rotan en el centro de nuestra galaxia, el hombre de ciencia, deberá observar a través de un telescopio (paso 1, seguir una prescripción). Después de esto y en tanto el investigador haya aprehendido los datos (paso 2, tener una experiencia), deberá a continuación discutir el resultado de su análisis con otros expertos que hayan pretendido explorar lo mismo (paso 3 o confirmación). Este modelo consensuado proviene, por una parte (en especial en lo que respecta al primer paso), de la necesidad de instrumentalizar los procedimientos que den origen a un conocimiento válido.

El significado original del término “*paradigma*” de Thomas Kuhn, era el de “*prescripción*”, no era el de “teoría”, como ha sido malentendido muchas veces. Lo que este autor estadounidense efectivamente planteó, es que el conocimiento científico está directa e irrenunciablemente vinculado a un paradigma en particular, entendiendo el término paradigma, como un conjunto de prescripciones coherentes entre si y que al mismo tiempo, generen datos en concordancia con aquellas prescripciones. La segunda escuela, ligada justamente al segundo paso, obedece a lo que los empiristas plantean acerca de la indispensable necesidad de que cualquier conocimiento válido, tiene que tener una base experiencial. Esto también es congruente con los planteamientos del tercer paso, relativos al termino de confirmación tal como fue concebido por Popper (Citado en Wilber, 2005), en el sentido que una hipótesis no es científica, a menos que se pueda encontrar una manera de falsearla, lo que evita que se aclame un conocimiento científico que, por ejemplo, sea fruto de una corazonada. Lo anterior puede ser aplicado al estudio de una roca o de un disco de Miriam Hernández. Primero habría que escuchar el álbum en un equipo electrónico apropiado para eso, lo que configura la prescripción, segundo, el investigador tendría la experiencia de escuchar la melodía y las letras de los temas, comprendiendo cuáles son las temáticas que aborda e inclusive si existe un hilo conductor o semántica entre los diferentes temas y, tercero, podrá comprobar o contrastar sus impresiones con alguien que también haya seguido los pasos anteriores. Si bien es cierto que no existe una manera correcta de interpretar un disco de Miriam Hernández, existen millones que son falsas. Por ejemplo, esta cantante no hace discos de thrash metal y ninguno de sus temas es un homenaje a Hugo Chávez.

La pregunta en este punto, es: ¿qué ocurre si probamos estos mismos tres pasos que universalmente configuran cualquier conocimiento científico válido, en la investigación de algún procedimiento de carácter espiritual, esotérico y/o místico? Por ejemplo en la meditación zazen, la cual sólo siguiendo una variedad de prescripciones específicas, permitirá un estado de elevación espiritual como un *satori* o un *kensho*, las que de no seguirlas, no provocarán la experiencia. La primera **prescripción**, apuntaría en este caso, al adiestramiento en respirar de una forma específica, cuya habilidad requiere de un entrenamiento de no menos de cinco años (paso 1). Posterior a esto, la persona puede o no, haber tenido una **experiencia** de iluminación (paso 2), el último paso será entonces **contrastar su experiencia con la comunidad apropiada**, y ésta implica personas que también hayan cursado los pasos primero y segundo (paso 3). La razón es simple; así como no es posible constituir parte de la comunidad en que un Galileo podría comprobar su experiencia respecto de la existencia de lunas en Júpiter, si se desconoce la utilización de un telescopio, como tampoco sería posible opinar del teorema de Pitágoras si la persona no ha estudiado geometría, de igual forma, **nadie puede estar en posición de, por ejemplo, descartar la existencia de fenómenos esotéricos y/o espirituales, pretendiendo considerar que la opinión que se emita es un asunto que meramente tenga que ver con la “libertad de expresión” y/o con la democracia.**

Por su parte, la gran mayoría de los sectores ligados a las ciencias de la salud mental han tenido dificultades importantes en la exploración de temáticas como la posesión espiritual y el exorcismo, los cuales, aunque sean ambos conceptos polémicos y excepcionalmente difíciles de ser sujeto de investigación, debieran revestir por la misma razón, una relevancia importante en la dilucidación de sus causas y un trasfondo ético de la mayor trascendencia, respecto del quehacer profesional y, precisamente, quizás de los límites del mismo.

El hecho de que la psiquiatría y la psicología tengan dificultades importantes en el diálogo con especialistas de la sanación esotérica, puede continuar implicando no sólo la perpetuación de una visión reducida de la realidad psíquica y espiritual del ser humano, sino que también, la ausencia de solución en padecimientos reales que tienen determinadas personas y para las cuales las ciencias de la salud mental, parecen no tener todas las respuestas y, en consecuencia, tampoco la posibilidad de facilitar que éstos sean resueltos, quedando soluciones sin encontrar, otorgando al mismo tiempo, abordajes psicoterapéuticos inadecuados en personas que se ven gravemente afectadas.



Es un hecho históricamente conocido, que en la edad media, ciertos comportamientos se atribuyeron a la intervención del diablo o de otras entidades malignas, cuando en la inmensa mayoría de los casos, se trató de manifestaciones psicopatológicas que, de haberlos, debieran haberse derivado a los especialistas adecuados. La inexistencia de la psicopatología en aquella época, junto con otras variables culturales, permitió que se cometieran errores muy graves (por ejemplo la quema de personas en la hoguera). La pregunta que surge en este punto es: ¿Qué pasaría si algo similar a lo que ocurrió en aquel entonces se estuviera escenificando en la actualidad, pero en sentido inverso?

El supuesto desarrollo que ha tenido la psiquiatría en determinados trastornos de conducta y manifestaciones sintomatológicas orgánicas, podría tener tal vez como consecuencia, el hecho de que se abuse de criterios estrictamente psiquiátricos para todos los comportamientos, explicando finalmente cualquier manifestación psíquica con las únicas gafas que posee y conoce la psicopatología, hasta ahora. Si en la edad media se incurrió en excesos al magnificar aspectos religiosos como causantes de muchos comportamientos indeseables, es posible que en la actualidad podamos plantear que puede existir un exceso de fundamentación psiquiátrica o de “psicologización” de toda la realidad psíquica, dando la espalda a cualquier fenómeno que se pudiera vincular al ámbito de lo espiritual.

También es posible establecer, que muchas de las manifestaciones que acompañan a una persona que podría estar siendo poseída por una entidad maligna, son tan complejas, ambiguas, difíciles de explicar y resolver, que de ninguna forma una ciencia o disciplina en particular debiera arrojar por sí sola a la búsqueda de explicaciones, relaciones causales, eventuales soluciones y, quizás peor, a la negación *a priori* de este tipo de eventos, sin contar con la concurrencia de otros campos, que puedan aportar con su saber. El hecho que no sea fruto de la pura casualidad, la casi inexistente bibliografía e investigación desde la psiquiatría y la psicología frente a estos temas fronterizos entre la psicopatología y la teología, debiera por fin exhortar a las ciencias de la salud mental, más a la apertura y al diálogo que a la mantención de la omnipotencia, negación y la creencia en supuestas verdades unívocas.

Ahora bien, a la luz de la información que arrojaron los/as entrevistados/as, es importante detenerse en algunos aspectos que contrastan con lo encontrado en la bibliografía relativa a la psiquiatría y la psicología transpersonal.

En primera instancia, tomando en cuenta lo descrito en varios textos de psiquiatría editados recientemente, en especial el último *Tratado de Psiquiatría Clínica* (2009), editado por la Sociedad Americana de Psiquiatría, probable referente icónico en sus diversas ediciones, respecto de la psiquiatría y la salud mental en occidente, es posible observar la poca información que hace alusión a la posesión, en el marco de los denominados trastornos disociativos. En términos generales, aunque se comenta que ésta puede estar presente en cualquier cultura del orbe y se describen características que, en términos generales, coinciden con lo que pacientes y familiares reportaron respecto de las manifestaciones del fenómeno, la gran mayoría de los aspectos semiológicos que allí se mencionan, son vinculados directamente con aspectos más bien propios de culturas aborígenes y de rituales chamánicos, señalando, por ejemplo, que el estado de trance podría ser un medio propicio para ganar poder, estatus y prestigio frente a la comunidad, un vehículo de expresión de impulsos agresivos y sexuales y, en el caso de las mujeres, una especie de oportunidad de expresar aspectos de sí mismas que en otras instancias serían culturalmente censurados. De acuerdo a todo lo expresado por las personas entrevistadas, las situaciones de posesión podrían manifestarse en la población en general, de manera inconmensurablemente más frecuente de lo que podría esperarse.

Lo anterior guarda relación con una serie de aspectos aún más delicados y de mayor relevancia. Las personas que compusieron la muestra, demostraron por ejemplo, que claramente no sólo no existe una sola variedad de posesión (como la posesión diabólica, variedad más conocida por el público lego), sino que ésta puede manifestarse con diversos matices, acaso se trata del espíritu de una persona que falleció trágicamente, cuyo último sentimiento fue de desdicha, acaso se trata de algún demonio en particular, ya sea que éste ingrese y tome control de la persona, con o sin la mediación de rituales de magia negra, o como una entidad maligna de otra naturaleza, por ejemplo una persona fallecida pero que en vida se dedicó al ocultismo para causarle daño a otras personas y/o tuvo actitudes abiertamente perversas e intensos y permanentes impulsos de maldad.

Otro contenido crucial que se desprende de acuerdo a lo establecido por los/as entrevistados/as, es que el fenómeno de la posesión espiritual, en ningún caso se supeditaría única y exclusivamente a la esfera de los trastornos disociativos, especialmente en lo que respecta al trastorno disociativo por trance, así como también la “norma” acerca de que el “caldo de cultivo” se relacione necesariamente, con historias similares de abuso sexual infantil, emergiendo la disociación como su

esperable mecanismo de defensa, considerando que situaciones de agresión sexual sólo habrían ocurrido en uno de los casos estudiados, junto con el hecho de que ninguno de los pacientes recibió específicamente un diagnóstico en la esfera de los tipos de trastornos en cuestión. Un hecho que si evidencia una gran correlación, es la presencia de amnesia (en grados variables), en todos los pacientes, ya sea que se hayan borrado recuerdos episódicos de la historia de vida del paciente, o que no se recuerden en la actualidad de las instancias de crisis, y que para los familiares, precisamente, implicaron los momentos del más intenso agobio. Asimismo, la posesión puede presentarse como un contenido subyacente o formar parte constituyente de la más variada manifestación psicopatológica (trastorno depresivo severo, trastorno afectivo bipolar, trastorno alimentario, trastorno de ansiedad, trastorno de la personalidad, etc.), implicando que su pesquisa revista para el clínico, particular dificultad.

De igual forma, el insignificante rol terapéutico que se les sugiere a los clínicos frente a los fenómenos de posesión espiritual, desde la psiquiatría y desde la psicología transpersonal no sólo parecen bastante inútiles y hasta inocentes (en especial respecto de lo psiquiátrico), sino que de acuerdo a los hallazgos de la presente investigación, pudieran incluso resultar iatrogénicos para los pacientes y bastante peligrosos para los propios terapeutas. Según lo evidenciado, un proceso de sanación esotérica, reviste formidables dificultades y pone seriamente en duda el hecho de que sean muchas las personas que estén preparadas para llevarlo a cabo, ya sea por una serie de imprescindibles y especiales condiciones psicológicas y, quizás sobretodo, espirituales, razón por la cual, debiera ser materia de discusión si cualquier profesional de la salud mental pudiera eventualmente prepararse para ejercerla, o mas bien, entrenarse en la identificación de los síntomas que permiten sospechar de la presencia de algún grado y variedad de posesión espiritual (los cuales han sido mencionados en el marco teórico del presente proyecto), y derivar al paciente a un equipo parapsicológico, con la finalidad de abordar la problemática de manera mancomunada, tal como ya se ha señalado que efectiva y exitosamente ocurrió en el caso de Johana, por parte del psiquiatra y del psicólogo director de una unidad psiquiátrica líder a nivel nacional en la atención de pacientes con patología dual.

Una pregunta importante de formular en este parte de la discusión es cómo encontrar a un “sanador” y/o equipo parapsicológico “confiable”, en un área teñida de alusiones a “chantas” y en un momento actual en que los medios de comunicación parecen inundar a la opinión pública, incluso a través de la farandulización y del

*showbusiness*, con contenidos y personajes relacionados a lo esotérico, en medio de un boom mediático frente a estos temas, como nunca antes se experimentó, distorsionando en la mayoría de los casos, aún más las nociones y la postura que la gran mayoría de las personas tienen frente a todo lo místico y/o parapsicológico.

Lo recién expuesto parece, a lo menos, poner de manifiesto otra arista interesante. Tal como también se explicó en el marco teórico, estos contenidos calificables por Foucault (2008c), como parte de los denominados discursos no dominantes o discursos de negación, continúan vivos subterráneamente en el imaginario colectivo, pese a que ya sabemos que históricamente se ha pretendido condenarlos y aplastarlos por los discursos dominantes, propios de los intereses creados por parte de las cúpulas de poder, debido a motivos que superan el estereotipado argumento de que aquellas temáticas constituyen una especie de “tabla de salvación” frente a los misterios existenciales que la Humanidad no ha podido resolver. Para responder entonces a la pregunta, respecto de cómo encontrar a un parapsicólogo o equipo de sanación esotérica responsable, habría que decir que, probablemente, es muy difícil, tan difícil como también puede resultar encontrar a un terapeuta ya sea un psiquiatra y/o psicólogo, que reúna todas las características loables e idealmente deseables que se supone se debieran exhibir, como por ejemplo un gran desarrollo personal articulado a una excelente preparación académica, situación también azarosa.

Del mismo modo, hay que considerar que, aunque el profesional en cuestión, contara con las características positivas señaladas, de todas formas está sujeto a la posibilidad del error y de que los resultados de su cometido y de la relación intersubjetiva con su paciente, sean negativos. ¿O es que acaso cada abordaje psicoterapéutico por parte de cualquier clínico, tiene el éxito asegurado, sólo porque su condición y accionar se adhieren a un discurso dominante? ¿Acaso la astrofísica tiene todas las respuestas acerca del Universo y, por ejemplo, sus exponentes conocen cada asteroide y pueden predecir y controlar que cualquiera de ellos no colisione con la Tierra? ¿Acaso la meteorología aporta siempre una información infalible sobre el estado del tiempo y los geofísicos han permitido pronosticar y, más aún, controlar o evitar cada terremoto y tsunami? ¿Acaso mientras se leen estas líneas no están falleciendo en salas de operaciones de todo el mundo, millones de personas, a causa de errores por parte de médicos, incluso, bien intencionados y preparados, o porque sencillamente la medicina no tiene nada más que ofrecerles? Quizás, similar tipo de consideración habría que realizar frente a un parapsicólogo y/o

equipo de sanación esotérica, también incluso frente a los más experimentados. Sólo que los buenos parapsicólogos y los “chantas” se ubican por igual desde la misma desventaja. No formar parte de ningún discurso dominante y precisamente, el juego de verdad en el que se sitúan, corresponda a lo que Foucault (citado en Castro, 2008) denominó “*enclave marginal*”. Por lo que para quienes no hayan tenido la expresa experiencia personal de vivir un proceso de sanación esotérica beneficioso, puede que debido al prejuicio, el más comprometido de los sanadores esotéricos le parezca menos creíble que el más inescrupuloso de los médicos. Uno de los pocos hechos que en estos temas efectivamente exhibe una certeza absoluta y que parece ser irrefutablemente exitoso, tiene que ver con los márgenes de ganancias económicas que los conglomerados de laboratorios farmacéuticos obtienen y que lejos de disminuir siempre se han mantenido en permanente aumento, pese a que los medicamentos que producen no sólo pueden fallar en el objetivo para el cual han sido prescritos, sino que además pueden provocar grandes daños a quien los consume, tal como ha sido evidenciado por todos y cada uno de los pacientes estudiados, en congruencia con lo señalado por sus familiares.

Lo que en todo caso jamás debiera perderse de vista, es el hecho de que todo el accionar tanto de los profesionales ligados al ámbito de la psiquiatría y la psicología clínica, como de las personas que se dedican de manera seria a prácticas ligadas al esoterismo, es ayudar al ser humano que sufre y facilitar que éste y las personas cercanas a él, a lo menos, se sientan mejor. Lo importante es que los conocimientos, sirvan finalmente para que las personas afectadas de alguna problemática ligada a esta área, logren una mejoría respecto de su negativa condición inicial.

Antes de proseguir con otros temas del análisis, es necesario poner de manifiesto la importancia de lo expresado por los entrevistados/as, respecto de la alianza terapéutica entre paciente y terapeuta, en concordancia con lo establecido luego de medio siglo de investigación psicoterapéutica, demostrando que la buena calidad de la alianza de trabajo es el factor más robusto, respecto del éxito de un tratamiento (Safran & Muran, 2005). En el caso de los pacientes de la muestra, si bien es cierto no logran la mejoría respecto de su sintomatología aguda, este es uno de los factores más determinante en la buena opinión que, en general, los participantes tuvieron de los profesionales de la psicología, versus la nefasta percepción de los médicos psiquiatras, debido a la actitud impersonal con que fueron tratados. En este sentido, epistemologías como la cibernética de segundo orden, albergan la posibilidad de redescubrir otra mirada con la cual apreciar la naturaleza biológica, articulada con

las relaciones interpersonales para, de esta forma, lograr una visión lo más abarcadora posible respecto de la realidad en general.

La recurrencia como una característica clásica y central de la cibernética, a diferencia del punto de vista del resto de los paradigmas que no albergan esta premisa, pone el acento en la ecología e intenta dar cuenta de los sistemas como totalidades, incluyendo al terapeuta como una parte integrante y participativa de lo que observa en la situación clínica, descartando explicaciones lineales de “causa-efecto” apreciable, por ejemplo, en el modelo médico-psiquiátrico tradicional (Keeney, 1991). En esta misma línea, Laing expresa que *“la psicoterapia debe seguir siendo un intento obstinado de dos personas para recuperar la totalidad del ser humano a través de la relación entre ellas”* (Laing, 1977, p. 47). Agrega además, que cualquier técnica psicoterapéutica que sólo busque el cambio en el comportamiento del otro, pero extirpando la experiencia de sí mismo y de la relación con ese otro convirtiéndolo más bien en un objeto para ser cambiado que en una persona para ser aceptada, el terapeuta, en efecto, perpetuaría la enfermedad que se pretende abordar (Laing, 1977).

Foucault (citado en Castro, 2008), por su parte, intentó demostrar, que es a la orilla del mar de las posibilidades en donde el hombre se borra y emerge una y otra vez, cual si fuera un rostro de arena, ilustrando la fragilidad de cualquier concepción de lo humano, la que se inventa, se evapora y se vuelve a reconfigurar una y otra vez. Para Foucault (2008b), la única certeza irrevocable, es que somos seres plurales y en constante transformación, y el resto de las verdades jamás han de escribirse con mayúsculas, ya que sólo podemos esgrimir que existen múltiples verdades, cada cual más valorada, cada cual más validada, ya sea por las luchas que cada una de éstas ha debido emprender, constituyendo en muchos casos un valiente y férreo bastión en determinados contextos culturales y colectivos humanos, ya sea porque inclusive esas otras, históricamente se hayan levantado sobre una plataforma, cuyo entramado ha sido en muchos casos la manipulación y los intereses creados por un puñado de grupos de poder. Es por ello, que la escalada hacia las cumbres inasequibles de la verdad, impulsan al ingreso de una espiral de interpretaciones de manera permanente y continua. Quien se arroge el logro del conocimiento por fin conquistado, debiera recibir la misma consideración que un espejismo en pleno desierto.

La presente investigación, ha intentado ser respetuosa con todas y cada una de las personas que han compuesto la muestra (tanto pacientes como sus respectivos

familiares) y cuyas entrevistas han arrojado de forma unánime que la mejoría frente a la sintomatología más aguda presentada, sólo fue alcanzada luego de recibir la sanación esotérica por el equipo parapsicológico, al mismo tiempo que criticar a la salud mental, en especial a la psiquiatría y al modelo biomédico que la sustenta, como un poder fáctico. Este proyecto también ha querido precisamente, ser congruente con lo planteado por el postmodernismo y el construccionismo social, otorgándole el valor preeminente que merece la interpretación que ellos mismos han realizado frente a sus experiencias personales en ambos tipos de abordajes. Expresiones tales como “estas son mis creencias y aquí están mis razones para sostenerlas”, han sido objeto de la máxima consideración y principal parámetro, razón por la cual, todo cuanto ha sido expresado en favor de los aspectos espirituales y esotéricos se ha considerado como la apropiación de un auténtico juego de lenguaje y/o de verdad, tan legítimo como el teatro Kabuki, el ajedrez, el sufismo, la geofísica, la odontología, la macroeconomía o la masonería, tomando en consideración lo señalado por Gergen (1996), en torno a la libertad que tenemos como especie humana respecto de utilizar múltiples lenguajes e incluso mezclarlos.

Ciertamente, el planteamiento de los temas relativos a la esfera de lo espiritual y esotérico se realiza desde lo que Foucault (2008b) denominó o clasificó como discursos no dominantes y/o *discursos de negación*, en tanto históricamente la medicina y una de sus hijas, la psiquiatría, como así también la psicología, han fraguado la canonización de su discurso dominante, durante siglos. En este sentido y situadas en la vereda de enfrente, la parapsicología, e inclusive la psicología transpersonal, parecen desde su *enclave marginal*, exacerbar su negación, encontrando al mismo tiempo, cada vez mayor coherencia en sus planteamientos, siendo merecedoras a constituir cada una de ellas, una inteligibilidad más validada.

Según Gergen (2007), un sistema de inteligibilidad debe ciertamente contener una gama de proposiciones articuladas unas con otras, relativas a un ámbito en cuestión. Siguiendo estos parámetros, una teoría respecto de la sanación esotérica, no debiera ser menos legítima que una teoría de la astronomía o de la música, ya que lo que idealmente importa es que haya una coherencia en dichas proposiciones.

Otro aspecto a considerar son las denominadas **convenciones de negación**. Consideremos a las disciplinas de la salud mental como constituyentes de un “sistema A” y a la sanación esotérica y/o la parapsicología como un “sistema B”. De acuerdo a lo explicado por Gergen (1996) y como lo demuestran los resultados de la presente

investigación, en torno a lo argumentado por las/los entrevistados/as, el sistema A puede verse recusado en su accionar por el sistema B, desde aspectos que han sido necesarios para el logro de la mejoría de los pacientes y que a diferencia del sistema A, el sistema B si posee. A medida que pudieran ser argumentadas de forma congruente más y más evidencias de aspectos deseables y necesarios del sistema B, y que el sistema A carece (por ejemplo a través de varias investigaciones), puede efectivamente ser validado un sistema de inteligibilidad alternativo constituido por el sistema B.

En este sentido, cualquier credibilidad de un sistema B, puede rivalizar con la de un sistema A, en la medida que el sistema B es utilizado con mayor frecuencia en la “ontología” o interpretación del Universo y se incrusta cada vez con mayor fuerza en el sentido común. En consecuencia, en el seno de las ciencias, una “herejía”, puede dar lentamente paso a lo plausible, y lo plausible a lo cierto (Gergen, 1996).

Frente a la interrogante si la sanación esotérica podría por fin considerarse como una forma de comprensión, de inteligibilidad válida, Foucault (citado en Castro, 2008), plantea que la práctica es el auténtico factor de producción del conocimiento; en su intervención, determina el ingreso de un objeto en el campo del saber, lo instala en el horizonte de lo verdadero. Este es, sin lugar a dudas, un Universo compuesto de las más diversas prácticas y que al mismo tiempo engendra como consecuencia, igual cantidad de objetivaciones. Dar cuenta de las verdades del Universo personal y/o cultural, implica siempre, señalar ficciones a los ojos de aquellos que no se insertan en este convivir, ni mucho menos han formado parte de las luchas emprendidas para que aquellas verdades tengan el sitio que actualmente pueden ostentar. Las ficciones son una narración verdadera para quien ha tenido la experiencia misma de vivirlas (Castro, 2008).

Puede ser ilustrativo en este punto, recordar la expresión de Claudia cuando se le pregunta qué opinaba si otras personas cuestionaran su mejoría y la atribuyeran a la mera sugestión:

“...heee... ¡viva la falsedad! (risa)...si. porque si yo estoy viviendo este periodo tan lindo para mí, que yo vibro con los olores, vibro con el sol, con sentir el sol, si está nublado lo vivo también. Si hace frio también lo siento, o sea si alguien pudiera traspasarse a mí y sentir todo lo que yo estoy sintiendo...”.



“... y si alguien me cuestiona, me da lo mismo porque a mí no me aprobelema. Todos tienen su opinión, su punto de vista y yo la respeto, pero a mí lo que me importa más en este momento, es preocuparme de mí, de lo que a mí me está pasando...”.

Al respecto, finalmente se podrían citar las siguientes palabras de Foucault: *“mi problema ha sido siempre el de las relaciones entre sujeto y verdad: cómo el sujeto entra en cierto juego de verdad. Es decir, la autoconstitución del sujeto guarda conexión con la manera como éste hace una experiencia de sí mismo en un juego de verdad en el que tiene relación consigo”* (Castro, 2008).

## VII. SUGERENCIAS

*“No me muerdas el dedo, mira lo que señalo con él”.*

*Warren S. McCulloch.*

En congruencia a todo lo expuesto, se considera que sería un tanto obvio (aunque imprescindible), el planteamiento de una serie de sugerencias tales como la imperiosa realización de otras investigaciones con similar metodología al trabajo, tal vez pionero, que se ha presentado y que, precisamente, éstas se encarguen de profundizar aún más en esta área fronteriza respecto de lo que plantea la salud mental y lo que establecen los campos vinculados a la sanación esotérica. Para tal efecto, se sugiere no sólo que estas investigaciones fueran llevadas a cabo por exponentes que provengan del ámbito de la salud mental, sino que también, de todas las disciplinas que componen el espectro de las ciencias sociales, tales como la antropología y la sociología, por nombrar tal vez a las más atingentes.

Otras sugerencias que quizás podría plantearse en esta misma línea, tienen que ver con la inclusión de a lo menos una asignatura de carácter optativa en cada malla académica no sólo de estudiantes de alguna carrera de las ciencias sociales, sino también de medicina y/o en las respectivas becas de psiquiatría, en la que no sólo se impartieran conocimientos y se abriera a la discusión y análisis en torno a contenidos relacionados con aspectos espirituales y esotéricos, sino que también se mostrara el devenir histórico en que esta área fue transformándose en un discurso no dominante, fundamentalmente por el operar de dispositivos de poder (principalmente de biopoder), que han cuasi monopolizado las cosmovisiones y las formas de curación, sean éstas inclusive tan útiles, estúpidas e incluso dañinas como eventualmente también pueden serlo determinadas formas de sanación alternativas. En este mismo sentido, se considera que la Universidad debe hacer honor a su nombre y justamente, ser el primer espacio en incluir a toda la universalidad de saberes, sobretudo integrando (o reintegrando) aquellos conocimientos marginales con los cuales se tiene una deuda pendiente y que han sido desterrados por los intereses creados de parte de una serie de poderes fácticos enquistados mundialmente, en diversas e históricas cúpulas de poder. Lo anterior, podría traducirse además, en la facilitación de sendos espacios de diálogos entre representantes de la academia y exponentes de la sanación esotérica, con la finalidad valiente y constructiva de intercambiar preguntas, contenidos, verdades y falsedades mutuas.

Pero en honor a la verdad, aquí se profundizará brevemente en un aspecto más sutil, acaso crucial y subyacente a los aspectos que se acaban de plantear, ya que si en primera instancia no se toma conciencia de los alcances y de la actitud con la cual es posible enfrentar esta cosmovisión teñida de biopoder la cual nos embarga, ni siquiera se cumplen las condiciones mínimas para pensar en algún tipo de emprendimiento, como los que primeramente se han sugerido.

Foucault señaló algunas valiosas formas de enfrentar las formas del biopoder, las que en pocas palabras se traducen en una toma de conciencia personal de la existencia de éste y una actitud permanentemente crítica y valiente al respecto. Sostuvo además, que tomar conciencia de este hecho nos ayuda precisamente, a entender la clase de seres humanos que somos y vislumbrar las posibilidades heroicas de hacer algo al respecto en el presente, y ese hacer algo puede comenzar con cultivar una actitud irónica y transgresora frente a los límites impuestos, como una forma de demostrar individualmente que la Humanidad ya ha roto con su infantilización. Una actitud personal de alerta y crítica permanente, ya implica en sí misma una ruptura y un gesto de resistencia, frente a las tecnologías de gobierno y de las prácticas sociales que permanentemente intentan que continúe la irreflexiva sujeción individual.

Así como el dispositivo del biopoder ha sido la consecuencia de un extenso proceso de gubernamentalización, la actitud crítica, guarda relación con una actitud que emerge en paralelo y se plantea preguntas tales como esta: ¿Qué sería preciso realizar para no ser gobernados de esta manera, en nombre de estos principios y por tales procedimientos? La actitud crítica corresponde al arte de no ser gobernado, que se articula como una manera de dudar, recusar, limitar o transformar quizás silenciosa pero efectivamente, las formas de gobernar. Así como la gubernamentalidad pretende conducir *“a una práctica social de sujeción de los individuos por mecanismos de poder que reclaman para sí una verdad”*, la crítica conforma una práctica de resistencia que al mismo tiempo cuestiona al poder respecto de sus discursos de verdad y a la verdad respecto de su impacto en el poder. Este arte de la *in-servidumbre voluntaria*, según Foucault, se asemeja a lo que Kant ha definido como *“Aufklärung”*. De hecho, la superación de la minoría de edad, tienen directa relación con el rompimiento de un estado irreflexivo de control que se impone autoritariamente sobre los seres humanos, coartando su autonomía, situación que solamente cesará cuando la persona se apropie de la libertad que posee para hacer uso de su entendimiento. La crítica tiene

entonces una íntima relación con la superación de la heteronomía, la cual impone una forma de gobierno a las personas (Castro, 2008).

Todo lo anterior busca argumentar que lo fundamental tiene que ver con una determinada actitud con uno mismo y con la situación psicosocial imperante en el presente. El *“arte de la indocilidad reflexiva”* propuesto por Foucault (citado en Castro, 2008), coloca en relieve una ética respecto de cómo resistir a las racionalidades que pretenden nuestra sumisión para continuar gobernándonos, facilitando la emergencia de un auténtico espíritu dispuesto a someterlas al análisis y la crítica, forjando un modo de vida en que el objetivo principal sea el cambio de la subjetividad y el rechazo a los influjos de los aparatos biopolíticos (Castro, 2008). La verdad debe dejar de ser tan sólo un referente histórico que amansa, sino que por el contrario, debe permitirse la apropiación de ella activamente, tal como las ciencias y diversas filosofías preferirían que no lo hiciéramos. La verdad debe, definitivamente, abandonar a la norma y situarse en el ámbito de la autoconfirmación, articulando al individuo con la ética.

En este contexto, y de acuerdo a como se ha mencionado anteriormente, surge nuevamente la importancia de los juegos de verdad, planteados por Foucault, en la fase de su obra cuando los consideró como una práctica de sí, y como un espacio que las personas tienen para elaborarse a sí mismos y de esta forma tener la posibilidad de acceder a nuevos modos en que se manifiesta el ser y su relación con la verdad, impidiendo la perpetuación de las relaciones de poder y más bien cultivando prácticas liberadoras, que brinden un espacio amplio para la desidentificación, de tal manera que la identidad pueda arriesgarse y reinventarse una y otra vez (Castro, 2008).

### **7.1. Algunas Sugerencias acerca de Parámetros de Efectividad Respecto de Parapsicólogos y/o de las Sanciones Esotéricas.**

Por último, se enunciarán unas cuantas sugerencias formuladas por el equipo parapsicológico que proveyó de las personas que constituyeron la muestra de la presente investigación, respecto de criterios en torno a la efectividad y/o de credibilidad de personas que ejercen (el juego de verdad) de la sanación esotérica, aspecto que ya fue mencionado anteriormente.

Una de las formas más sencillas de discernir si una persona está siendo engañada por alguien que se proclame como sanador, además de los mensajes

implícitos de los discursos recibidos, son los resultados, los cuales tienen directa relación con la mantención de la mejoría, sin que ocurran recaídas. Muchas veces hay procedimientos esotéricos que producen mejorías tan sorprendentes como temporales.

Si en el proceso de sanación que practica una persona o equipo, realmente han mediado maestros ascendidos y otros seres de luz, el bienestar logrado no sólo debe ser permanentes en el tiempo, sino que aplicarse a un porcentaje importante de las personas que se atienden. Habría que desconfiar de sanadores que defienden sus resultados entregando antecedentes y pruebas de su éxito respecto de casos que atendieron hace años. Un sanador, que entrega credibilidad, es aquel que exhibe resoluciones favorables de manera permanente, otorgando una mejoría a la gran mayoría de las personas que acudan en su ayuda, caso contrario, tampoco debiera entregársele credibilidad alguna, operando probablemente en los porcentajes de mejoría, rangos de sugestión y sanaciones fruto de la mera casualidad.

Según el parapsicólogo que atendió a todos los pacientes entrevistados, otra señal a considerar es la transparencia. Los trabajos de sanación no tienen por qué ser ocultos, escondidos y/o secretos. Un sanador no tiene motivos para no explicar lo que está realizando, porque, de hecho, lo primero que debiera estar intentando dilucidar, es el esclarecimiento de algún tipo de diagnóstico. Si no lo hace y todo debe ser mantenido en sigilo, es una mala señal.

A juicio del parapsicólogo mencionado, es muy importante tener en cuenta que existen ciertas capacidades para poder ver aspectos presentes y de las vidas pasadas en quienes consultan. Aquellas personas que han tenido estas experiencias pueden testificar lo impresionante que es llegar donde un vidente que sin mayores antecedentes le entrega información exacta y detallada de eventos que le están sucediendo y/o que le han acontecido durante su vida. A veces se llegaría a detalles como nombres, edades, signos zodiacales. Información que no tenían, en verdad, de donde obtener, por medios normales. Estas habilidades no tienen ninguna relación con la capacidad de ver situaciones futuras y menos aún de sanar. No hay relación. El ver el presente y el pasado no da ninguna garantía de poder ver el futuro ni de que esa persona tenga posibilidades de sanarle de algún mal.

El equipo parapsicológico también sugiere que frente a técnicas que pueden incluirse en el conjunto de las denominadas sanaciones alternativas como el reiki, la

iriología, las flores de Bach, aromaterapia, el rolfing, la acupuntura, la respiración holotrópica, las técnicas de reflexología, masoterapia, homeopatía, shiatsu, digitopuntura y otras, aunque pueden demostrar buenos resultados en muchos casos, todas tienen limitaciones y ninguna es universal, al igual que el trabajo que ellos realizan, y en ese sentido llaman a dudar de la idoneidad del maestro de reiki o del aromaterapeuta que sostenga una posibilidad de mejorar frente a todas las patologías y en todos los casos. No puede haber impedimentos en reconocer las limitaciones y no sólo las ventajas de lo que un sanador realiza.

Para concluir, y de acuerdo a todo lo expresado en este proyecto, se subrayará que quien critique un juego de verdad como el de un proceso de sanación esotérica exitosa, sin haber tenido la experiencia de atenderse con un equipo parapsicológico o, a lo menos, luego de realizar una investigación rigurosa, sencillamente tiene el mismo derecho a referirse frente al tema que los clérigos que condenaron a Galileo, pronunciándose respecto de la existencia de las lunas de Júpiter, al mismo tiempo que negándose a mirar por un telescopio.

## VIII. REFERENCIAS

- Allison, R. (1999). *Mind in many pieces: Revealing the spiritual side of multiple personality disorder*. California: CIE Publishing.
- American Psychiatric Association (1997). *DSM-IV/R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Berger, R. (2007). *El aura humana. Un manual básico para su visión e interpretación* (9ª ed.). Madrid: Editorial EDAF.
- Bogaert, H. (1986). *Enfermedad mental, psicoterapia y cultura*. Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana.
- Bourguignon, E. (1989). *Multiple personality disorder, possession trance, and the psychic unity of mankind*. Ethos Books.
- Bruner, J. (1989). *Acción, pensamiento y lenguaje*. Madrid: Editorial Alianza.
- Bruner, J. & Hesse, H. (1990). *La elaboración del sentido: La construcción del mundo por el niño*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Bruner, J (1991). *Actos de significado*. Madrid: Editorial Alianza.
- Cabouli, J. L. (2006). *Terapia de la posesión espiritual. Técnica y terapia clínica*. Barcelona: Ediciones Índigo.
- Capponi, R. (2011). *Psicopatología y semiología psiquiátrica* (12ª ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- Castro, R. (2008). *Foucault y el cuidado de la libertad. Ética para un rostro de arena* (1ª ed.). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Chavez, A. (2003). *Relaciones de poder en el aula*. Obtenido en Agosto 25 de 2003 desde <http://www.worldbank.org/children/nino/basico/PONLIBRES.htm>.
- Crews, F. (1986). *Ultimate questions. A theological primer*. New Jersey: Paulist Press.
- De Greiff, A. (2004). Interaccionismo científico y religioso. Discurso y práctica de la política científica de Abdus Salam. *Revista Colombiana de Sociología*, 23. Obtenido en Mayo 28 de 2010 de <http://www.docentes.unal.edu.co/ahdegreiffadocs/SalamReligión.pdf>
- Derrida, J. (1998). *Márgenes de la filosofía*. Madrid: Cátedra S.A.
- Eliade, M. (2009). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis* (2ª ed.). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Elkaim, M. (1994). Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica? *Perspectiva sistémica*, 42.
- Fann, K. (1975). *El concepto de filosofía en Wittgenstein*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Ferracuti, S., Sacco, R. & Lazzari, R. (1996). *Dissociative trance disorder: Clinical and Rorschach findings in 10 persons reporting demon possession and treated by exorcism*. *J. Pers Assess*, 525 – 539.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1996). *Tecnologías del yo y otros textos afines* (3ª Reimpresión). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (2008a). *Historia de la locura en la época clásica* (Tomo I). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.



- Foucault, M. (2008b). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008c). *Historia de la locura en la época clásica* (Tomo II). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Gabbard, G. (2002). Trastornos disociativos. En G. Gabbard, *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3ª ed., pp. 289 – 322). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Gaw, A. (2009). Aspectos culturales. En R. Hales, S. Yudofsky & G. Gabbard (Comp.), *Tratado de psiquiatría clínica* (5ª ed., pp. 1425 – 1449). Barcelona: Elsevier Masson.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. Departamento de Psicología: Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- Gergen, K. (2009). *Ser relacional*. Nueva York: Oxford University Press.
- Gergen, K. (2010). *Hablando sobre construccionismo social*. Extraído en Noviembre 16 desde <http://vimeo.com/20869747>
- Geymonat, L. (2006). *Historia de la filosofía y de la ciencia*. Barcelona: Crítica.
- Glasser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Grof, S. (1991). *Sabiduría antigua y ciencia moderna*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Grof, S. & Grof, C. (1992). Emergencia espiritual: La comprensión de las crisis evolutivas. En S. Grof & C. Grof (Ed.), *El poder curativo de las crisis*. Barcelona: Editorial Kairós.

- Grof, S. (2002). *La psicología del futuro. Lecciones de la investigación moderna de la consciencia*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Grof, S. (2006). *El viaje definitivo: La consciencia y el misterio de la muerte*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Grof, S. (2008a). *El juego cósmico. Exploraciones en las fronteras de la consciencia humana*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Grof, S. (2008b). *Cuando ocurre lo imposible. Aventuras en realidades no ordinarias* (1ª ed.). Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Hartmann, F. (2009). *Magia blanca y negra* (1ª Reimpresión). México, D. F.: Berbera Editores.
- Heaton, J. (2004). *Wittgenstein y el psicoanálisis* (1ª ed.). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Jung, C. (2010). *El libro rojo*. Buenos Aires: El hilo de Ariadna Malba – Fundación Costantini.
- Kardec, A. (2012). *El libro de los médiums. Tratado de espiritismo experimental* (3ª ed.). Málaga. Editorial Hojas de Luz.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kluft, R. & Loewenstein, R. (2008). Trastornos disociativos y de despersonalización.
- En G. Gabbard (Comp.), *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos* (Tomo II, pp. 533 – 558). Barcelona: Ars Médica.
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México, D. F. Fondo de Cultura Económica.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-40.
- Laing, R. D. (1977). *La política de la experiencia*. Barcelona: Editorial Crítica.

- Madison, G. B. (1988). *The hermeneutics of postmodernity*. Bloomington: Indiana University Press.
- Maldonado, J. & Spiegel, D. (2009). Trastornos disociativos. En R. Hales, S. Yudofsky & G. Gabbard (Comp.), *Tratado de psiquiatría clínica* (5ª ed., pp. 629 – 670). Barcelona: Elsevier Masson.
- McLellan, S. (1991). *Deviant spirits in West Malaysian factories*. *Anthropologica*, 145 – 160.
- McNamara, P. (2011). *Spirit, possession and exorcism: History, psychology and neurobiology*. Denver, Colorado: Praeger.
- McNamee, Sh. (1997). La construcción relacional del significado. De la cabeza al discurso. *Talón de Aquiles*, 4. Universidad de Chile: Facultad de Ciencias Sociales.
- Mead, G. H. (1982). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Medina, J. (2010, Julio). Satanás y su obra. *Cuaderno Humanitas*, 22, Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Naranjo, C. (2003). *Entre meditación y psicoterapia*. Santiago: LOM Ediciones.
- Papineau, D. (2011). *Filosofía* (2ª Reimpresión). Barcelona: Blume.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Peck, M. (2005). *Glimpses of the devil. A psychiatrist's personal accounts of possession, exorcism, and redemption*. New York: Free Press.
- Piga, A. (1976). *La parapsicología un enigma*. Santiago: Editorial Nacimiento.
- Quiñones, A. (1998). *Significado social y viabilidad emocional narrativa*. Obtenido en Marzo 24 de 2003 desde [http://www.inteco.cl/articulos/007/texto\\_esp.htm](http://www.inteco.cl/articulos/007/texto_esp.htm)

- Rimponche, S. (1994). *El libro tibetano de la vida y de la muerte*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Safran, J. & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower S.A.
- Saint-André, A. (1999). *La verdad sobre los ángeles. Quiénes son, qué hacen, dónde y cómo se manifiestan....* Barcelona: Plaza & Janés editores.
- Sered, S. S. (1994). *Ideology, autonomy and sisterhood: An analysis of the secular consequences of women's religions*. *Gender and Society*, 486 – 506.
- Sierra Bravo, R. (1991). *Técnicas de investigación social*. Madrid: Paraninfo.
- Smith, H. (1989). *Las religiones del hombre*. Barcelona: Kairós.
- Solari, C. (2006, Enero). Espíritus entre nosotros. *Revista Conozca Más*, pp. 69 – 75.
- Stanley, J. (1990). *Ciencia, fe y cultura*. Madrid: Editorial Palabra.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientist*. Cambridge: Cambridge University.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. United States of America: Sage Publications.
- Tantam, D. (1993). *An exorcism in Zanzibar: Insights into groups from another culture*. *Group Analysis*, 251 – 260.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tocornal, X. & Vergara, M. (2004). *La memoria del régimen militar. Un análisis psicosocial desde la perspectiva socioconstruccionista*. Centro de Investigaciones Sociales: Universidad ARCIS.
- Vygotsky, L. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Wertsch, J. (1995). *Vygotsky y la transformación social de la mente*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Wittgenstein, L. (1976). *Los cuadernos azul y marrón*. Madrid: Editorial Tecnos.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Whithead, A. (1920). *El concepto de naturaleza*. Cambridge: Editorial Dover.
- Whithead, A. (1952). *Science and the moder world*. Nueva York: Mentor Editions.
- Wilber, K. (2005). *Sexo, ecología, espiritualidad: El alma de la evolución* (2ª ed.). Madrid: Gaia Ediciones.
- Wilber, K. (2007). *Breve historia de todas las cosas* (6ª ed.). Barcelona: Editorial Kairós.
- Wilber, K. (2008a). *Ciencia y religión: El matrimonio entre el alma y los sentidos* (3ª ed.). Barcelona: Editorial Kairós.
- Wilber, K. (2008b). *La visión integral: Introducción al revolucionario enfoque sobre la vida, Dios y el Universo*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Wilber, K. (2009). *Cuestiones cuánticas. Escritos místicos de los físicos más famosos del mundo*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Zisternas, J. R. (2010). *La endemoniada de Santiago* (1ª ed.). Santiago: Ediciones B Chile S.A.

## ANEXOS

### **Anexo 1: La Endemoniada de Santiago; un Caso Pionero y Paradigmático en la Psiquiatría Chilena. (Zisternas, 2010)**

En Europa, habrían existido innumerables casos de posesiones diabólicas y los científicos habrían manifestado un gran interés por abordarlas. Charcot y Richet habrían incluido a los posesos en la histeria como una forma de simulación. Otros como Janet, habrían admitido la existencia de “verdaderas posesiones como las relatadas en el Evangelio”, pero al mismo tiempo, declararon que en la mayoría de los casos se trataba de enfermos psiquiátricos.

Según Armando Roa, considerado uno de los fundadores de la psiquiatría chilena, en 1857, antes de la publicación del caso de Carmen Marín, o más conocida como la endemoniada de Santiago, se habían documentado sólo dos casos de mujeres posesas a través del relato biográfico de una religiosa que vivía en Santiago en el siglo XVIII y de otra cuyos lazos de parentesco la vinculaban con la Quintrala. Hasta antes de 1930 cualquier caso relacionado a una posesión demoníaca fue considerado por la gran mayoría de los médicos como parte de las historias y creencias que se cuentan en el “mundillo popular”. Sólo se comenzó a vincular la figura del demonio con la locura cuando en dicho año comienzan a registrarse en la Biblioteca Nacional, los casos de muchas personas que habían sido consideradas como “malignas” y confinadas a los lugares más escondidos de las casas para que no fueran vistas por nadie, aunque este hecho fuera un secreto a voces al interior de muchas familias chilenas.

Al acercarse a la pregunta de quién era y que padecía Carmen Marín, surge el relato de uno de los sacerdotes que intentó auxiliarla. Él habría realizado una distinción entre las denominadas creencias populares y los problemas de posesiones que son propios de la religión. Por su parte el Dr. Zisternas, uno de los facultativos que la habría tratado en la Casa de Orates en la ciudad de Santiago, se habría inclinado a pensar que se trataría de una auténtica posesión demoníaca ya que todos los “fenómenos extraños” que manifestaba la paciente habrían sido curados por completo mediante la lectura del evangelio de San Juan, realizada en un exorcismo. El médico describe que con anterioridad a la realización de este ritual, la supuesta posesas habría manifestado características sobrenaturales tales como la capacidad para entender y hablar distintos idiomas, que otra voz hablara dentro de ella y sustituir palabras

sagradas por groserías. El Dr. Zisternas se centra en describir que la causa del padecimiento de Carmen se encuentra fuera de ella y que antes de su encuentro con el demonio habría sido una joven como cualquier otra. Su destino habría cambiado cuando en sueños habría sido acechada por el maligno del cual a pesar de sus esfuerzos por no apartarse de Dios, finalmente no habría podido defenderse de él, intentando suicidarse y siendo más tarde encerrada por sus cercanos.

La apreciación clínica de los facultativos que estaban a cargo del caso, incluye la confección de un informe médico realizado a petición del arzobispo de Santiago de aquella época, éste habría sido elaborado por el Dr. García, el cual concluye que: “No se establece nada anormal en la organización de la cabeza de Carmen Marín, argumentando que según sus conocimientos en frenología, la paciente podría ser una buena esposa, excelente madre, bastante moral, filantrópica, aficionada a lo bello, buena religiosa, pudorosa y modesta. De esta forma, este médico también comienza a centrarse en los “raros” ataques que ella presenta.

## **Anexo 2: Clasificaciones psicopatológicas y semiológicas (Capponi, 2011)**

### A.2.1. Trastornos de la percepción

Ilusiones: Es la percepción falseada o distorsionada de un objeto real. Esta deformación se da en relación a la atención, afectividad y a la conciencia. En este sentido, las **ilusiones catatímicas** corresponden según Jasper, a una falsa percepción de la afectividad mediante el agregado de particularidades y atributos que no pertenecen a la sensación real, las cuales guardan relación con el estado afectivo predominante, pese a que la sensorialidad se halle conservada. En estados de miedo, se confunden formas y objetos con personas que pretenden atacar y se oyen voces donde solo hay ruido. Asimismo, el sabor y olor de los alimentos causan desagrado y extrañeza. Por el contrario, en estados de éxtasis, se puede percibir que las imágenes religiosas sonrían, el ruido son palabras que provienen de la imagen venerada, como así también cualquier corriente de aire.

### A.2.2. Alucinaciones en Relación al Órgano Sensorial Comprometido.

Alucinaciones Auditivas: Seglás, clasificó las alucinaciones relativas al aparato auditivo en elementales, comunes y verbales. Las alucinaciones auditivas elementales se asocian a ruidos y sonidos sin una significación específica: zumbidos, silbidos, etc. Las alucinaciones auditivas comunes tienen referencia a objetos cuya definición es clara: una puerta que se abre, pasos, etc. Las alucinaciones auditivas verbales corresponden a murmullos, que se expresan en voces y conversaciones prácticamente inaudibles. Se pueden escuchar una o varias voces de manera simultánea, que pueden dar órdenes, inculcar ideas, hacer comentarios, insultar, amenazar y reprochar. Se localizan en el espacio externo y muchas veces estas voces son enviadas por teléfono, parlante o un aparato indefinido y misterioso. Se espera que la alucinación sea en la mayoría de los casos profundamente desagradable, ya que habitualmente su contenido es agresivo y degradante.

Alucinaciones Visuales: Pueden consistir en imágenes inmóviles o realizando algún tipo de movimiento. Las imágenes pueden ir de un tamaño natural a minúsculas (liliputienses) o gigantescas (guilverianas). También se incluyen objetos, personas y animales en las fantasías que constituyen estas alucinaciones. Pueden estar impregnadas de simbolismo y mística, como así también de colores y vivacidad. En



ocasiones tienen una tonalidad artificial. Son aplicables a la superficie de los objetos; techos y paredes. Por el contrario, en otras oportunidades se aprecian en perspectiva.

Alucinaciones Olfativas o Gustativas: Percepción de olfato y gusto sin el estímulo externo correspondiente, pudiendo ser la experiencia placentera o desagradable. Son frecuentes los efluvios celestiales, los olores putrefactos y los sabores a “venenos”.

Alucinaciones Táctiles (Hápticas): Percepción háptica o táctil, sin el estímulo externo o correspondiente. Los pacientes experimentan que les agarran, les sujetan, les soplan, queman, pinchan, atraviesan y les hacen cosquillas. También se incluyen las sensaciones de ser calentados o enfriados (alucinaciones térmicas) o humedecidos (alucinaciones hídricas). En este grupo, se encuentran las alucinaciones de hormigueo y de perforación que los pacientes creen producidas por pequeños animales (gusanos, escarabajos, parásitos), en la piel, intestino y órganos genitales.

Alucinaciones Cinéticas: Percepción de movilidad en ausencia del estímulo correspondiente sobre el órgano propioceptor del músculo, es decir con ausencia de movimiento. El paciente experimenta la sensación de que se le imprimen los más variados movimientos a diferentes miembros o a todo su cuerpo. Son empujados, arrojados a distancia, se les mantiene suspendidos en el aire, etc.

#### A.2.3. Alucinaciones en Relación a las Formas de Presentación.

Alucinaciones Catatímicas: Percepción en ausencia del estímulo correspondiente. Se comprende desde el punto de vista Jasperiano, desde un estado afectivo determinado en la persona. Si ocurre en el contexto de un proceso de duelo, el paciente puede escuchar o ver al ser querido que ya no está. El culpable escucha las ordenes de quienes le infringen algún castigo. El extasiado ve a Dios, a la virgen o al demonio, sintiendo sus llamados o la inminencia de algún contacto con estos seres.

Alucinaciones Funcionales: Percepción en ausencia del estímulo externo esperable, pero que se produce durante una percepción normal, gatillada por ésta y de manera simultánea. Un paciente puede escuchar voces mientras corre el agua de un lavatorio, mismas que cesan cuando se cierra la llave.

Alucinaciones Extracámpinas: Percepción visual sin el estímulo externo correspondiente, la que sin embargo pareciera provenir de un estímulo óptico que se

encuentra fuera del campo visual. El paciente asegura estar viendo a un ser maligno que le persigue, siendo capaz de inclusive detallar sus características. Esta alteración es similar a las “*cogniciones corpóreas*” definidas por Jasper, considerando que el paciente sostiene que hay alguien detrás de él que le toca y habla. Tales certezas tienen escasa o ninguna característica de visualidad sensorial, pero el paciente en cuestión puede perfectamente ubicarlas espacialmente. Jasper sostiene que el error perceptivo estaría en algo más general, de difícil precisión que él localiza en las capacidades de cognición o intelección.

Alucinosis: Se les vincula a un estado alucinatorio persistente, con la peculiaridad de que no despierta ninguna interpretación delirante y el paciente tiene consciencia de lo inadecuado del fenómeno, lo cual se aprecia por ejemplo, en individuos alcohólicos que solicitan hospitalizarse al escuchar voces.

#### A.2.4. Trastornos de la Representación.

Pseudo Alucinaciones Verbales: Variedad de alucinaciones en que el pensamiento “escucha su propio pensamiento” y las define como “voces interiores” o “murmillos intrapsíquicos”, “pensamiento sonoro” o “eco del pensamiento”. En ocasiones, la voz percibida puede corresponder alguien presente, pero ésta siempre es oída en su propio pensamiento o imaginación. Algunos pacientes declaran oír una “voz que no tiene sonido”, una voz que es “telepática”, “una voz de alma a alma”, como si alguien “hablara dentro de la cabeza”. Como se mencionaba, son vividas como fenómenos psíquicos extraños, los cuales son más bien impuestos, experimentando al mismo tiempo, que el pensamiento es robado y/o transmitido. Las pseudoalucinaciones, incluyendo su carácter de imposición hacia la persona, implican un trastorno severo en las cualidades del vivenciar, es decir, respecto de los límites y el control de su propio yo y de su identidad. Este tipo de trastorno, da cabida a la producción delirante de influencia, fenómeno de influencia y delirio de control.

Pseudo Alucinaciones Visuales: Su contenido es visual, y también suelen ser clasificadas como representaciones normales, llamadas eidéticas. El alucinado tiene la impresión de vivir escenas imaginarias, recuerdos sobre los cuales no tiene poder de evocación, visiones interiores, que se le imponen. Kandinsky (s.f., citado en Capponi, 2011), argumenta que la voluntad solamente tiene sobre las alucinaciones el poder de favorecerlas, por un estado de relajación y contemplación que la misma persona se

provee. El sujeto se pone en una actitud de relajación y pacificad que facilita su producción.

Pseudoalucinaciones Verbomotoras: Corresponden a un trastorno de la representación del lenguaje interior. El paciente experimenta la sensación de que a través de él están hablando otras personas que harían uso de su pensamiento, cuerdas vocales, labios y lengua. Seglás, distinguió tres grados: La persona tiene la sensación de que se utilizan de él los movimientos articulatorios del lenguaje, se utilizan sus movimientos de los labios y lengua y en último término, el paciente refiere que habla, aunque se oponga a ello.

#### A.2.5. Trastornos en el Contenido del Pensamiento o Trastorno de la Ideación.

Percepciones Deliriosas: Corresponden a percepciones legítimas que el paciente les otorga un significado anómalo. Este fenómeno, opera más bien desde el afecto y la función de interioridad de la conciencia, que desde una predisposición caracterológica. En este caso, el afecto hipertrofiado, toma por completo el vivenciar de la persona de forma crepuscular, sin permitir entonces un adecuado contacto con la temporalidad, ni el registro mnémico. Lo anterior se puede ejemplificar en aquel paciente que considera que los autos no lo atropellan y lo esquivan en la carretera, debido a que Dios le ha concedido un poder especial.

Ocurrencias Deliriosas: Todos los fenómenos que acuden a la mente, son vivenciados por la persona con un carácter de realidad, ya sea que se trate de representaciones mnémicas, oníricas o desde la fantasía. Siente y actúa como si estas representaciones realmente acontecieran. En las ocurrencias deliriosas el paciente es susceptible a modificar su comportamiento de acuerdo a lo que otras personas le indiquen. Por ejemplo un paciente que permanezca aterrado al ver un monstruo en el techo de su habitación, puede tranquilizarse si el clínico le indica que “solo es un chimpancé que quiere jugar”.

Delirio Místico o Religioso: En estos casos se aprecia un trastorno de la significación de las vivencias vinculadas con seres sobrenaturales, razón por la cual sus contenidos serán convicciones de tener especial cercanía con Dios, el Diablo, los santos, etc.

Delirio de Transformación o Metamorfosis Delirante: Las características principales de este trastorno de la significación de las vivencias de identidad del yo, guardan relación con delirios de tener otra fisonomía, ser otra persona, transformarse en un ser maligno.

Delirio de Escisión o Fragmentación: Trastorno de la significación de las vivencias de la unidad del yo, las cuales se expresan en delirios relativos a autodestrucciones, delirios de disolverse, de ser desgarrado por entidades buenas y malignas y delirio de duplicación, o de multiplicación del yo.

Delirio de Control de Influencia: Trastorno de la significación de las vivencias respecto de la demarcación del yo y los límites de éste, provocando delirios con contenidos de fuerzas extrañas que influyen sobre él, su pensamiento, su cuerpo y sus actos.

A.2.6. Psicopatología del Yo: Psicopatología de la Dimensión Realidad-Irrealidad.

Trastorno del juicio de la realidad en relación a sí mismo: En esta tipo de trastornos es el principio de realidad el que está comprometido en sus bases y se expresa en variados fenómenos psicopatológicos:

Pensamientos Fabricados: Trastorno perteneciente a la clasificación de los **trastornos de la conciencia de pertenencia** y que se caracteriza por la percepción que tiene el paciente respecto de sus pensamientos, los cuales considera que no provienen de él y es otro ser el que los ha pensado. Un poder extraño se los comunica cuando ya han sido elaborados y no se siente el autor ni propietario de los mismos. Por ejemplo, una paciente diagnosticada de esquizofrenia, puede señalar que lo que piensa no le pertenece a ella sino que a Satanás.

Robo del Pensamiento: Este es otro trastorno perteneciente a los **trastornos de la conciencia de pertenencia**, en que el paciente deja de ser el propietario de sus propios pensamientos y más bien los cosifica, pudiendo serle sustraídos de manera externa. Un paciente, puede por ejemplo, experimentar que determinados seres han tenido la facultad de poder “sacarle” sus pensamientos.

Imposición del Pensamiento: Trastorno de la conciencia del yo, también en relación al pensamiento, pero en este caso, ya no son fabricados, ni hurtados. Existe en éstos, una fuerza y/o entidades extrañas externas a su yo, que los

hace pensar de tal o cual modo. Esta clasificación también pertenece a los **denominados trastornos de la conciencia de pertenencia**, al igual que la siguiente.

Fenómenos de Influencia: Denominados también por Jasper de “acción voluntaria influida”. Es un término más abarcativo que además de incluir los trastornos de la conciencia de pertenencia al yo en relación al pensamiento, también son incluidos los trastornos de la conciencia de pertenencia del yo en relación a la acción y la voluntad. Estos pacientes experimentan que alguna fuerza o ser los obstaculiza de manera extraña e impredecible, inhibiéndolos o incluso facilitando su cometido, desde fuera. Se les contiene la mano cuando quieren tomar algo, se sienten inmovilizados e incluso petrificados, sin poder continuar con lo que estaban llevando a cabo.

#### A.2.7. Trastornos de la Conciencia de la Unidad del Yo.

Vivencias de Escisión: Disfuncionalidad en la que el paciente refiere que coexisten en él dos o más personas, seres o fuerzas de manera simultánea. Habitualmente no existe ninguna similitud entre ellos, sino que más bien se contraponen. Los pacientes vivencian de una forma muy intensa, que no se experimentan ya a sí mismos como entidad lógica y natural, como una totalidad coherente. Existe la sensación de desgarramiento y escisión. En este proceso se encuentran duplicaciones o multiplicaciones de las fuerzas o seres que los habitan, teniendo cada uno su propia autonomía. Este tormentoso estado, es vivido con cierta frecuencia por el paciente con un desgarrador sentimiento de desilusión. Los pacientes pueden vivir en dos mundos, incluyendo la realización de sus actividades en la realidad convencional, al mismo tiempo que creer apodóticamente en el hecho de que ellos tengan una tarea divina y/o mística que cumplir, acompañando lo anterior, de todo tipo de fenómenos alucinatorios.

#### A.2.8. Trastornos de la Conciencia de la Identidad del Yo.

Pérdida de la Conciencia de Identidad: Trastorno psicopatológico de la conciencia de la identidad del yo, el cual es experimentado en un continuum que comienza con la percepción de una inseguridad de ser uno mismo a través del tiempo, y puede desembocar en no saber quien se es en el aquí y el ahora. Esta situación los lleva muchas veces a constituir una nueva identidad, facilitando la emergencia de delirios que incluyen la transformación de la red de apoyo o género al que se pertenece,

llegando inclusive a considerarse un animal. El paciente puede así sostener que ahora es un ser distinto del que era antes, pudiendo elaborar delirantemente una nueva biografía, con la permanente presencia de delirios místicos o de filiación. También puede ocurrir que la persona asuma su origen natural y su historia real tanto como su realidad y biografía delirada.

### **Anexo 3: El caso de Flora – Grof (2008)**

“...Uno de los psiquiatras de Spring Grove nos presentó el caso de Flora, 28 años, soltera, con tendencia suicida, alcohólica y toxicómana con la cual se habían experimentado diversas terapias sin resultados. Flora padecía vómito histérico además de un doloroso calambre facial. Para lo cual el neurocirujano del hospital Jhon Hopsking había propuesto una operación cerebral. Flora era lesbiana y nunca había tenido una relación heterosexual.

Se nos preguntó a G. Savage y a mi si estábamos dispuestos a aceptarla en nuestro programa de psicoterapia con LSD que estaba limitado a 3 sesiones. En las dos primeras sesiones con Flora tuvo que enfrentarse a situaciones borrascosas de su infancia, desde su lucha en el canal de parto, violencia e incesto de su familia.

En su tercera sesión luego de dos horas ella comenzó a llorar y a sufrir los dolores faciales, los espasmos eran evidentes, comenzó a hablar con una voz profunda y masculina, sus manos estaban contraídas y parecían garras. La energía y la voz que habían tomado posesión de su cuerpo se presentó como el diablo.

Pese a que ya hubiese visto manifestaciones demoníacas ninguna había sido tan extrema, Me encontré bajo un terrible stress emocional y sentí un terrible miedo, por un momento me cuestioné si no debimos tener un crucifijo en nuestros instrumentos terapéuticos.

Adopté una actitud meditativa visualizando una capsula de luz blanca, mientras meditaba sobre esto, sostenía la rígida mano de Flora e intentaba visualizarla como la había concebido antes, esto duro cerca de dos horas, luego la mano de Flora y su rostro se relajaron sin recordar lo sucedido. Luego de esto Flora comenzó a apreciar la vida y los dolores desaparecieron casi por completo.

En toda mi experiencia psiquiátrica, nunca presencié una mejoría tan radical y duradera, no puedo dejar de ver una ironía que el resultado terapéutico más importante de mi vida se haya obtenido de un tratamiento más parecido a un exorcismo medieval o intervención de un hechicero que a un procedimiento terapéutico fundado en los conocimientos de la ciencia moderna..”

## **Anexo 4: Preguntas Guía para Entrevista**

### **Pacientes**

- 1- ¿Qué era lo que cree que estaba ocurriendo con usted respecto de lo mal que se sentía, antes de acudir o ser llevado(a) donde un psicoterapeuta y/o se le practicase un exorcismo?
- 2- ¿Podría señalar con el mayor grado de detalle posible cuales son los síntomas que estaba teniendo?
- 3- ¿Qué significado le otorga a su experiencia?
- 4- ¿Qué entiende usted por psicoterapia?
- 5- ¿Qué entiende usted por posesión espiritual y exorcismo?
- 6- ¿Quién o quienes le dijeron que lo mal que se estaba sintiendo se debía a un estado de posesión espiritual?
- 7- En relación a su estado inicial de malestar, ¿cómo fue su experiencia psicoterapéutica?
- 8- En relación a su estado inicial de malestar, ¿cómo fue su experiencia de exorcismo?
- 9- ¿Cuál de ambas experiencias cree que más contribuyó para que usted actualmente se sienta mejor, o es posible que considere que ambas instancias le ayudaran por igual?

### **Familiares**

- 1- ¿Qué era lo que cree que estaba ocurriendo con su familiar (hijo, esposo, esposa, tío, etc.) respecto de lo mal que se sentía, antes de acudir o ser llevado(a) donde un psicoterapeuta y/o se le practicase un exorcismo?
- 2- ¿Podría señalar con el mayor grado de detalle posible cuales son los síntomas que estaba presentando su familiar?
- 3- ¿Qué significado le otorga usted a esta experiencia?
- 4- ¿Qué entiende usted por psicoterapia?
- 5- ¿Qué entiende usted por posesión espiritual y exorcismo?
- 6- ¿Podría describir el proceso en que su familiar decidió ir o fue llevado a que se le practicase un exorcismo?



## Anexo 5: Consentimiento Informado



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, acepto participar, a través de la entrega de mi testimonio, en la investigación sobre *“Salud Mental, Posesión Espiritual y Sanación Esotérica. Abriendo una Ventana para el Diálogo, desde el Escenario del Postmodernismo”*, que realiza el Psicólogo Víctor Hugo Frigerio Cruz en el marco del desarrollo de su Tesis para optar al postgrado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile.

A su vez, declaro que conozco y acepto los siguientes puntos:

- El investigador se compromete a resguardar la confidencialidad de los testimonios aportados por los/as participantes de este estudio.
- Para el registro de mi testimonio se utilizarán equipos audiovisuales.
- Toda información emergente sólo será usada para fines académicos e investigativos.
- Los/as entrevistados/as son libres de abandonar la investigación en cualquier momento, sin necesidad de explicar sus motivaciones y sin que esto tenga implicancia alguna para ellos/as.

\_\_\_\_\_

Entrevistado

\_\_\_\_\_

Ps. Víctor Hugo Frigerio

Santiago, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_