

# El diablo in-corporado. El caso de la narrativa y contranarrativa de un hombre en reclusión que vive una condición psiquiátrica<sup>1</sup>

Carla Ailed Almazán Rojas<sup>2</sup>

## **RESUMEN**

El presente trabajo describe y analiza la experiencia de un hombre privado de la libertad con un diagnóstico psiquiátrico de “trastorno múltiple de la personalidad”, en el que como parte de su experiencia se ha in-corporado el Diablo. Así en su performatividad corporal se transforma su voz, su mirada, sus gestos y ademanes, de los que surge un ser sobrehumano, fuerte y poderoso, performando así su identidad. Se presentan las narrativas y contranarrativas a partir de la observación y análisis de una entrevista en profundidad, que forma parte del trabajo de investigación realizado en 2022 dentro de un penal. Del que resultó que las representaciones del Diablo, percepciones y repercusiones de la condición psiquiátrica aquí expuesta es sólo un ejemplo de la experiencia de in-corporación demoniaca que se vive en diversas situaciones psiquiátricas, que en este caso puede tratarse de una estrategia de autoatención ante el sufrimiento vivido.

Palabras clave: Diablo, experiencia de posesión, in-corporación, autocuidado

---

1 Le agradezco a la Dra. María del Carmen Montenegro Núñez y a la Dra. Anabella Barragán Solís por sus aportaciones y reflexiones que permitieron enriquecer esta investigación.

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación realizada con el apoyo del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) y el proyecto UNAM/DGAPA-PAPIIT “Enseñanza, epistemología, cognición y representaciones encarnadas” <<IN 401222>>, en el cual participo.

2 Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, email: almazan.ro@gmail.com

## The in-corporated devil. The case of a narrative and counter-narrative of a prisoner man

### *ABSTRACT*

This paper describes and analyzes the experience of a prisoner man with a psychiatric disorder called “Multifaceted Personality Disorder”, in which the devil has been incorporated as part of his experience. In his body performativity his voice, his gaze and gestures are transformed, from which a superhuman, strong and powerful being emerges, performing his identity. The narratives and counternarratives of his experience are presented based on the observation and analysis of an in-depth interview, that is part of the research work carried out in 2022 inside a prison. From which it turned out that the representations of the devil, perceptions and repercussions of the psychiatric condition exposed here is only one example of the experience of demonic incorporation that is lived in various psychiatric disorders, like this one, in this case may be used like a self-care strategy before the suffering experienced.

**Keywords:** Devil, possession experience, embodiment, self-care.

### **Introducción**

El objetivo del presente escrito es analizar la experiencia de incorporación demoniaca que se vive en diversas situaciones psiquiátricas, considerando al cuerpo base y sujeto de la cultura (Csordas, 1990), y el concepto de in-corporación traducción de embodiment, el cual hace referencia a la “condición existencial en la cual el cuerpo es el terreno intersubjetivo de la experiencia” (Csordas, 1999). Es así, que se hace uso de un guion intermedio en los conceptos in-corporado, in-corporar, in-corporación y corpo-oralizado para enfatizar en las condiciones socioculturales materializadas en el cuerpo y su comportamiento; siguiendo la propuesta conceptual dialógica de Lara (2022), quien define la corpo-oralidad como una síntesis dialógica entre discursos orales y corporales. En este caso, se hace uso del término “in“, seguido del guion, para acentuar las condiciones socioculturales en unión con el cuerpo.

De manera particular este trabajo se basa en la observación y descripción de la experiencia psiquiátrica del actual modo de vida de un hombre, que cuenta con un diagnóstico de “trastorno de la personalidad múltiple” (conocido hoy en día como trastorno de identidad disociativo). Diagnóstico psiquiátrico que resultó de la valoración de su salud mental realizada tras su detención en el año 2021. En el que como parte de su experiencia de la condición psiquiátrica

se representa la in-corporación del Diablo, concebido como la personificación malévola por diversos sistemas religiosos y máximo adversario de todo adepto de Dios.

Así en su performatividad corporal se transforma su voz, su mirada, sus gestos y ademanes, de los que surge un ser sobrenatural, el más maligno de todos los seres malvados; mostrando en su corporalidad un ser enérgico, fuerte, poderoso y seductor. De esta forma el ángel caído y desterrado por Dios preforma la identidad de este hombre en situación de cárcel. Experiencia en la que se entretajan diversos temas como el cuerpo, la salud-enfermedad, condición psiquiátrica, identidad, sufrimiento, modo de vida, la reclusión como experiencia liminal, la representación del Diablo y la in-corporación de este como forma de autocuidado.

El objeto de estudio expone parte de una realidad que viven algunas personas en condición psiquiátrica, es por ello que, uno de los intereses académico del presente texto es aportar elementos de reflexión que incite a estudiantes, profesionales e investigadores de las ciencias sociales y de la salud, el interés en la realidad experiencial de la corporeidad de la salud-enfermedad de las personas en condición psiquiátrica en general; y en este caso que a menudo muestran ser seres sobrenaturales como demonios o Dios. Fomentando así, el diálogo interdisciplinario desde las Ciencias Antropológicas y de la Salud, favoreciendo los tratos y tratamientos para una mejor condición de vida de este grupo social, quienes viven condiciones psiquiátricas parecidas al caso aquí expuesto; en el que se describe la experiencia emocional corporeizada en la que se incrusta el Diablo como posible forma de autocuidado.

## **Cuerpo, salud y religión**

De acuerdo con Csordas (2018), nos hacemos humanos a partir del cuerpo experiencial, un cuerpo que se percibe y se expresa como conjunto de sentidos y significados. Así, el cuerpo no solo es la base para expresar la cultura, sino también la base existencial de la cultura misma, porque sus diferentes modos de ser son culturalmente construidos. Por tanto, el cuidado y uso de nuestros cuerpos no es determinado biológicamente, sino que están constituidos culturalmente. En esa misma línea “para comprender la religión siempre es necesario incluir la experiencia además de los símbolos, significados y fuerzas sociales” Csordas (2018). Además, que es a partir de la experiencia del cuerpo

como podemos conocer el proceso de salud-enfermedad. Específicamente, en este caso se enfatiza en la experiencia del cuerpo y la enfermedad como vehículo de la representación, percepción y repercusión del Diablo incorporado; así la vivencia, la experiencia del cuerpo y la enfermedad, se comunica a través de representaciones (Barragán, 2007). Entendiendo por representaciones en torno a la salud “una serie de significados que le sirven a los individuos para dar un sentido a los malestares que sufren” (Arganis, 2005).

## **Autoatención y autocuidado**

Desde una perspectiva socioantropológica de la salud, los Modelos Médicos propuestos por Eduardo Menéndez (1992), engloban los conjuntos de prácticas, ideologías y saberes de las funciones curativas. Estas se clasifican tres modelos de atención: 1) Modelo Médico Hegemónico (MMH); 2) Modelo Médico de Autoatención (MMA); y 3) Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS)<sup>3</sup>. En los modelos anteriormente mencionados se engloban todos los saberes y formas de atención que buscan prevenir, tratar, controlar, aliviar o curar algún padecimiento (Menéndez, 2016). En el modelo de Autoatención, se realizan acciones ante un padecimiento o enfermedad llevadas a cabo por la misma persona o allegadas al enfermo, tales como la alimentación, limpieza, higiene, curación y prevención de las enfermedades. Asimismo, se incorporan en este modelo procesos, tales como, los hábitos y conductas cotidianas que se orientan al mantenimiento y cuidado de la salud. Dentro de la autoatención, que es la modalidad más generalizada de atención a las dolencias, se realizan diversas acciones para enfrentar el padecimiento como forma de autocuidado (Arganis, 2005; Menéndez 2016). Entendiendo al autocuidado como “las distintas actividades de la vida cotidiana que son realizadas por la persona, familias y los grupos sociales para el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y limitaciones de daños” (Arenas, Jasso y Campos, (2011)). Estos autores señalan que en las acciones de autocuidado existe una influencia de los determinantes sociales, específicamente, la clase social, la ocupación, el género, el grupo étnico, así como la familia, la edad y la experiencia de enfermedad.

3 El Modelo Médico Hegemónico (MMH), es caracterizado por el sistema biomédico, el cual ha privilegiado una mirada biologicista, individualista, asocial, ahistórica y mercantilista, dónde el vínculo médico-paciente es asimétrico. El Modelo de Autoatención (MMA), está basado en el diagnóstico y atención encaminadas a la cura, la cual lleva a cabo la misma persona o cercanas. El Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMA), engloba todas aquellas prácticas fuera de la medicina hegemónica, las cuales tienen su origen en la medicina prehispánica llamada medicina tradicional, también incluye las medicinas religiosas o prácticas religiosas encaminadas a la cura (Menéndez, 1992).

## **In-corporación de lo malvado en los locos furiosos o agitados desde el México Antiguo.**

La locura tiene un largo pasado en la que ha sido concebida de diversas formas según el momento histórico, localidad y cultura. Desde el México antiguo, era plasmada desde diversos conceptos tales como *amimati* (grosero, rudo, no inteligente), *xolopitli* (tonto), *tompoxtli* (idiota, tonto o estúpido), *nextecuilin* (gusano de muladar, persona que entiende las cosas al revés), *amozcaliani* (el que no entiende); algunos de ellos causados por algún factor externo, tal como la brujería o el consumo de enteógenos de manera desmedida como el caso de *yollopoliuhqui* (*perdido del corazón*) o *moltapololiani* (el que se hace perder o destruir) (Echeverría, 2012). Los conceptos anteriores hacen referencia a “los locos tranquilos”, no obstante, en los grupos hablantes de náhuatl que habitaron el Altiplano central de México, también se hace referencia a aquella locura transgresora de las normas sociales y morales. En la clasificación de “locos furiosos o agitados”, encontramos *tlahueliloc* (malvado o furioso), *yollotlahueliloc* (malvado del corazón), *cuatlahueliloc* (malvado de la cabeza), *ellahueliloc* (malvado del hígado), *yollococoxqui* (enfermo del corazón) y *aacqui* (el que ha padecido intrusión). Todos ellos caracterizados por inmoralidad, tal como transgresiones y desviaciones sexuales o conductas en contra de las normas sociales, las cuales los hacía ser locos malvados; en algunos casos a consecuencia de cuestiones sobrenaturales como la posesión de los seres pluviales como el rayo; en otras derivado de la enfermedad de algún órgano o parte del cuerpo a causa de la acumulación de flemas; también por el consumo desmedido de alcohol o enteógenos; así como consecuencia de la magia o brujería; y finalmente por predestinación o herencia (Echeverría, 2012).

Independientemente de la causa, en todas las concepciones nahuas de los “locos furiosos o agitados” expuestas por Echeverría (2012) vemos una incorporación de lo malvado, realidades corporales que se han vivido a lo largo de la historia y se viven hoy en día. En este caso, en particular se analiza la in-corporación del Diablo en un hombre privado de la libertad considerado jurídicamente como inimputable, lo que podría ser para los antiguos nahuas un “loco malvado”.

### **Panorama de la Inimputabilidad en México**

La inimputabilidad es un término jurídico que se utiliza para determinar un tipo de inculpabilidad penal (Art. 405, Código Nacional de Procedimientos

Penales). Dicha irresponsabilidad deriva de la incomprensión del hecho delictivo cometido. Tal es el caso de aquellas personas que por su condición psiquiátrica “no tengan la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquel o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado” (Art. 42 del Código Penal).

En ese sentido las personas inimputables requieren de atención especializada, determinada por nuestra legislación nacional. También se ha reconocido desde la normatividad nacional e internacional, la necesidad de proveer a este grupo de personas condiciones necesarias que les permitan alcanzar un nivel óptimo de funcionamiento y de disminución de sus limitaciones, tratando de evitar la vulnerabilidad y la discriminación (CNDH, 2015). De modo que, para llevar a cabo dicha atención especial, las personas inimputables no deberán cumplir su sentencia como el resto de las personas en centros penitenciarios comunes, en consecuencia, se les aplica una medida de seguridad en un centro penitenciario diferente, aunque en muchos de los penales también encontramos personas con algún padecimiento mental.

Las estadísticas muestran que los delitos por los que han sido acusados las personas privadas de la libertad considerados como inimputables en la CDMX, mayoritariamente son robo como es el caso aquí expuesto, seguido de homicidio, violación, abuso sexual, lesiones, contra la salud<sup>4</sup>, homicidio en razón de parentesco<sup>5</sup> y algunos relacionados con menores de edad, como corrupción<sup>6</sup> o sustracción de menores<sup>7</sup> (Almazán 2022). En una muestra de 166 personas en un establecimiento para personas inimputables en México, se estima que la mayoría; tienen una edad entre 40 y 49 años; más del 70% son solteros; y en promedio el máximo nivel educativo de esta población es la educación básica, no obstante, también se encuentran en menor medida personas con licenciatura y posgrado.

---

4 Los delitos contra la salud son aquellos relativos a la producción, adquisición, comercio, posesión, tráfico o uso de drogas ilegales.

5 Se refiere a la privación de la vida del ascendente o descendiente consanguíneo, hermano/a, cónyuge, concubinario, adoptante o adoptado con conocimiento de esa relación.

6 El delito de corrupción de menores se refiere al acto en el que se induzca, procure, facilite u obligue a un menor de dieciocho años de edad a realizar actos de exhibicionismo corporal, lascivos o sexuales, prostitución, ebriedad, consumo de narcóticos, prácticas sexuales o a cometer hechos delictuosos.

7 El delito de sustracción de menores se refiere al hecho en el que una persona que no tiene la custodia del menor de edad, lo aparta y retiene de su espacio de convivencia habitual.

Respecto a la etnicidad y religión el 1.2% son pertenecientes a un grupo indígena, aunque se desconoce el grupo étnico de origen y el 77.7% de la población se reconoce como católico. Mientras que el 13.9% se concibe como no creyente, el 2.4% de religión cristiana, el 1.8% testigos de Jehová, 1.2 % evangelista, 0.6% pentecostés al igual que judía, datos que conciernen a las personas inimputables privadas de la libertad.

Por sí misma la condición de encierro puede generar un deterioro significativo de todas las esferas de la vida de la persona privada de la libertad, agudizándose dicha condición por el mismo padecimiento psiquiátrico o viceversa, es decir que la situación psiquiátrica se agrava por el encierro mismo. De manera general dentro de la amplia gama de los principales diagnósticos que se dan a personas inimputables, al menos en México, en mayor medida pertenecen a la categoría de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, (esquizofrenia, esquizofrenia paranoide, trastorno esquizofreniforme y trastorno de ideas delirantes) en segundo lugar, los trastornos del desarrollo intelectual (leve y moderado); en tercero, los trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos. Dentro de los trastornos de personalidad, los diagnósticos más comunes en las personas inimputables son: trastorno disocial, trastorno antisocial y trastorno paranoide de la personalidad (Almazán, 2022). Aunque no es tan común, también encontramos diagnósticos que hacen referencia al trastorno disociativo de la identidad, conocido popularmente como personalidades múltiples.

### **Trastornos disociativos: preocupante desinterés en México**

Aunque no hay datos estadísticos recientes de trastornos disociativos, los existentes muestran una prevalencia de 5 a un 10% de la población global y entre 10 y 41% en la población psiquiátrica (Robles, et al. 2006; Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, 2019). Sorprende que no hay datos vigentes al respecto, pese a que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2011) han pronunciado la necesidad y obligación urgente de realizar estudios epidemiológicos locales, para dar a conocer los procesos de salud–enfermedad en los que se incluyen los trastornos mentales.

Los datos más recientes sobre trastornos disociativos en México fueron obtenidos por Robles (2006), en los que mostró una prevalencia del 38% en una muestra de pacientes psiquiátricos. Casi dos décadas después, esta falta de actualización exhibe un preocupante desinterés, no obstante, se sabe que

el comportamiento suicida puede ser un riesgo en personas con trastornos disociativos. Con un eminente riesgo para el trastorno de identidad disociativo, conforme a la APA (2014) “más del 70% de los pacientes ambulatorios con trastorno de identidad disociativo han intentado suicidarse” (APA, 2014).

## **Trastorno de identidad disociativa**

Histórica y nosológicamente podemos ubicar las características del trastorno de identidad disociativa a partir de la década de los 60's y 70's, dentro de los dos sistemas internacionales para el diagnóstico de los trastornos mentales: 1) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud; y 2) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psicología.

Desde su segunda versión, en el DSM-II (1968) y la novena de la CIE-9 (1977), el trastorno de identidad disociativa se encontraba bajo el término de “neurosis histérica” o “experiencia somatomorfa de tipo disociativo”; transitando el nombre de “trastorno de Personalidad múltiple” a “trastorno de identidad disociativo” en el DSM-IV (1994) y la CIE-11 (2018). Actualmente, se encuentra dentro de la categorización de trastornos disociativos, establecidos y clasificados por ambos manuales en su versión más reciente (CIE-11 y DSM-V), ambos coinciden en que los trastornos disociativos se caracterizan por la interrupción o discontinuidad en la integración normal de la identidad, la percepción, el control motor y el comportamiento. En esta discontinuidad, el CIE-11 también hace referencia a los siguientes aspectos: sensaciones, percepciones, afectos, pensamientos y recuerdos (OMS, 2022). Por su parte el DSM-V menciona la discontinuidad en: la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción y la identidad corporal; y que estos trastornos aparecen con frecuencia como consecuencia de traumas, que pueden alterar todas las áreas de funcionamiento psicológico (APA, 2014). El trastorno de identidad disociativa, para la CIE- 11 “se caracteriza por una alteración de la identidad en la que hay dos o varios estados de personalidad distintos [...] (en el que) cada estado de personalidad incluye su propio patrón de experiencia, percepción, concepción y relación con el yo, el cuerpo y el entorno”.

## **Trauma, disociación y supervivencia**

El trastorno de identidad disociativo se dice que es causado por un trauma en la infancia en conjunto con la falta de recursos físicos y emocionales, elementales para liderar con él. En este caso la disociación, se puede definir como

“un mecanismo de defensa, en el cual el papel [...] es amortiguar el impacto de la experiencia traumática” (Madrigal, 2012:9), causando una interrupción en el continuo de integración de experiencias y funciones limitando daños. Para su tratamiento, entre otras cosas, se busca eliminar la fuente del dolor, que en estos casos indudablemente es el recuerdo. Por tanto, el trauma es un mecanismo que se pone en funcionamiento bajo niveles elevados de estrés, angustia, miedo y pánico como técnica de supervivencia, disociación que permite al sujeto tolerar esas situaciones angustiantes, estresantes y dolorosas (Paz, 2023). Aunque se dice que el cambio es totalmente involuntario y que las personas con este tipo de trastorno no suelen tener el control de los cambios, en algunos casos sí logran detener o provocarlos voluntariamente. Es así como se puede alternar el control voluntario, entre contenidos conscientes y otros situados en el plano más profundo y de difícil acceso (Sevilla, 2017).

### **Identidad suplantada: divinidades o demonios**

Con lo anterior, podemos decir que las manifestaciones o no de los estados de personalidad en el trastorno de identidad disociativo varía en función de la motivación psicológica, el nivel actual de estrés, la cultura, los conflictos internos y dinámicos y la tolerancia emocional. Por su parte, en el DSM-V, es descrito como “la perturbación de las identidades que se caracterizado por dos o más estados de personalidad bien definidos, y que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión” (APA, 2014). El mismo manual enfatiza que la presentación de la posesión puede variar de acuerdo con la cultura o circunstancia. Las identidades en forma de posesión en el trastorno de identidad disociativo normalmente se manifiestan como conductas en que parece que un “espíritu”, un ser sobrenatural o una persona ajena ha tomado el control, de tal manera que la persona comienza a hablar o actuar de una manera muy diferente. El comportamiento de un individuo puede semejar que su identidad ha sido sustituida o suplantada por un demonio o una divinidad. Sin embargo, paradójicamente, el manual menciona que la mayoría de los estados de posesión en el mundo son normales, por lo general forman parte de la práctica espiritual y no cumplen con los criterios para el trastorno de identidad disociativo.

### **Perspectivas de la posesión demoniaca: entre la justicia, ciencia y religión**

La autoridad que se ejercía sobre los transgresores de la norma social como lo eran los “locos furiosos o agitados”, desde la Edad Media, estaba conformada por tres elementos que actuaban sobre ellos: el religioso, el médico

y el legal. De manera expedita, para el hombre de leyes como se explicó con la inimputabilidad, podría pensarse en la no responsabilidad de los actos del “loco furioso” o “desequilibrado”, mientras que para el médico significaba un deterioro de la salud mental y para el inquisidor una evidente posesión demoníaca (Águeda, 2017).

La experiencia de posesión demoníaca, si bien es un fenómeno considerado en términos religiosos, ha sido descrito y explicado desde diversas perspectivas, desde la clínica, la antropológica, la histórica y por supuesto la teología. De acuerdo con la Real Academia Española, el término de posesión proviene del latín *possessio*, que significa “acto de poseer o tener una cosa corporal o incorpórea”. Como definición alterna, encontramos “apoderamiento del espíritu del hombre por otro espíritu que obra en él como agente interno y unido con él” (RAE, 2022). En particular la posesión demoníaca consiste en que uno o más espíritus diabólicos toman el control de las facultades de un individuo y le hacen perder la capacidad de manejar su mente y su propio cuerpo o parte de él (Brizuela, 2022).

Desde las ciencias del comportamiento, en la clínica, la posesión de entidades sobrenaturales se explica como manifestaciones psicopatológicas donde la persona vive la experiencia de obrar bajo el control de otro ser en el que entra en un trance involuntario. Provocando una alteración temporal de la conciencia en los pacientes psiquiátricos, donde puede haber confusión sobre la propia identidad, o el surgimiento de otra, difuminando su propia identidad, como es el caso del trastorno de identidad disociativa expuesto anteriormente. En estos casos los pacientes que son creyentes pueden utilizar los símbolos y rituales de su religión para dar sentido a la experiencia psicótica (Osca, D’Hiver y Ramos, 2022).

Por otra parte, desde la postura psicoanalítica, se refiere a la psicosis y neurosis como formas en las que se manifiesta la experiencia de posesión (Grajales, 2019), específicamente la neurosis demoníaca, se refería a los sujetos acometidos por convulsiones y visiones causadas por el Diablo, considerada por Freud como una figura paterna. Dentro de esta explicación, los demonios son los deseos inconscientes proyectadas desde la psique al mundo exterior, tales como deseos malos, desestimados, pulsiones rechazadas y reprimidas (Rugel, 2020). Por su parte, Lacan expone que la posesión se desvirtúa en torno a la neurosis en el sentido de que la mujer histérica brinda su cuerpo, en el que ella no goza, a quien se satisface es a la entidad maligna. Al respecto de la psicosis

y la explicación de posesión al igual que en la clínica en general, se basa en alucinaciones y delirios de ser poseído por el demonio o espíritu diabólico donde el paciente cree con certeza que está poseído por el mal (Grajales, 2019).

Para la teología, la persona poseída era parcialmente responsable de la incorporación demoniaca, la posesión era resultado de los graves pecados cometidos y no confesados. Para algunos teólogos el mismo Dios otorgaba el acceso de instalarse en un cuerpo humano lleno de inmundicias (Bieńko, 2011). De esta forma, desde una visión teológica el objetivo de la posesión consistía en el uso del cuerpo como instrumento del demonio, instalándose dentro del cuerpo pecador, usando sus miembros, moviendo su lengua y hablando por él, perdiendo así su libertad y voluntad. Por lo anterior, “se consideraba como normal e incluso se esperaba del poseído una conducta eminentemente transgresora y contra las normas, debido a que era el mismo demonio quien se expresaba a través de su cuerpo. La persona poseída era vista como un ser liminal y antisocial” (Bieńko, 2011).

Al hablar de la posesión demoniaca desde la antropología, es difícil separarlo de la historia, ambas se entretienen, al igual que la visión histórico-teológica. Sin embargo, si pensamos en la antropología, donde confluyen diversos métodos y teorías con el fin de comprender la cultura, la posesión demoniaca se ha analizado con relación al imaginario social y el discurso teológico, las prácticas, representaciones y significados. Es así como, el fenómeno de la posesión demoniaca se entrevé como un constructo sociocultural y/o religioso, que se ha presentado de distintas maneras en diversas culturas, como la posesión de chamanes o sacerdotes (Lara, 2019).

En este sentido mediante el análisis de varios casos de posesión, Bieńko (2011) muestra una uniformidad de la posesión demoniaca como categoría cultural construida en oposición a las normas e ideales vigentes de cada sociedad, en el que existía cierto consenso entre la versión teológica y las nociones populares sobre la posesión. La posesión diabólica, desde esta mirada, “sólo es observable en personas que estén insertas dentro de la cultura en la que dicha deidad o espíritu pertenece” (Lara, 2019); Salazar y cols. (2015) exponen que cada cultura tiene una manera diferente de interpretar la posesión, y que estas interpretaciones siempre están asociadas a representaciones religiosas. Por tanto, contar con el contexto etnográfico y cultural, facilitará el análisis de la experiencia de la persona enferma y su entorno social y familiar.

Al respecto del entorno familiar, independiente a la causa y la explicación de la denominada posesión demoníaca, esta es una de las situaciones humanas que provoca sufrimiento a la persona y a su sistema familiar, que reclama una respuesta de parte de Dios (Pérez y Osorio, 2021).

## **El diablo y su representación**

El Diablo, es un personaje que representa a todo aquello que no tiene cabida en un sistema de creencias occidentales, incorpora todo aquello que están fuera de la protección de Dios tal como las brujas, los enfermos, los inconformes y todos aquellos que creen algo distinto a lo que establece la religión católica (Ávila, 2010). A su vez el demonio es la figura principal sobre la que recae la idea de posesión en el actual sistema de creencias religiosas (Lara, 2019).

La concepción del demonio no ha sido estática, a lo largo de la historia esta se ha modificado por el mismo tiempo e intereses eclesiásticos, de la misma forma su poder, su influencia y su capacidad de infringir temor se ha modificado (López, 2018). En los siglos XI y XII Lucifer comienza a perder su carácter abstracto y teológico al empezar su representación en las pintas religiosas dentro de las iglesias. Tal representación muy parecida a los hombres en las prácticas populares no generaba temor o pánico hasta que se comenzaron a acentuar los rasgos negativos y maléficos del Diablo. El temor hizo posible que este tomara forma y así causara una fuerte impresión, representando la fuente de todos los males del universo. Es así como surge el empoderamiento de esta figura sobrenatural a partir de la existencia de una aparición en forma de invasión demoníaca durante los siglos XIV y XVII, apareciendo en el mundo el Diablo como una imagen monstruosa, bestial o híbrida en pinturas, esculturas y sermones (López, 2018).

## **Material y método**

La propuesta de este escrito surge de la narrativa proveniente de un trabajo de investigación más amplio, con personas privadas de la libertad, en el que se estudió el padecer de su condición psiquiátrica, Cuyo escenario fue un centro penitenciario para personas inimputables en México. La investigación se desarrolló dentro de la Línea de Investigación “Corporeidad, experiencia, representación y enfermedad” de la Línea de Generación y Aplicación de Conocimiento (LGCA) “Cultura, Salud y Enfermedad”, en el Posgrado de Ciencias Antropológicas de la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Mediante la observación participante, entrevistas en profundidad y el análisis de datos socioepidemiológicos

se trató de una metodología mixta. La cual, particularmente en contextos de salud, busca “conformar un panorama preciso, no sólo del comportamiento de los padecimientos y la experiencia vivida, sino del marco social y cultural en el que se desarrollan; en el cual difícilmente puede dilucidarse con los registros numéricos o estructurados rígidamente (registros epidemiológicos y demográficos); es fundamental entonces, la observación participante que permite recuperar la voz de los actores” (Barragán, 2007).

Los informantes se seleccionaron utilizando un muestreo aleatorio, teniendo como único requisito que fueran personas determinadas jurídicamente como inimputables, ya que no comprenden el hecho delictivo en virtud de padecer un trastorno mental. La narrativa y contra-narrativa que aquí se presenta surge del análisis de la entrevista en profundidad de uno de los casos. En donde las contra-narrativas de acuerdo a Frizo (2021) surgen como medio para soportar las narrativas que distancian y discriminan, frente a narraciones en las que se es incapaz de aceptar una historia de exclusión. Las cuales emergen de las historias que narran las personas y que evidencian cómo estas se posicionan frente a los discursos dominantes que constituyen el contexto de sus vidas (Gutiérrez-Portillo, 2022).

En el presente trabajo de investigación, se abordó el caso de un hombre de 28 años, de sexo masculino, que, por su trayectoria psiquiátrica que inició en el 2012, el actual diagnóstico de trastorno de la personalidad múltiple y a consecuencia del delito que cometió, fue internado en un centro penitenciario para personas inimputables. Por cuestiones de confidencialidad no se dará a conocer el nombre del lugar y al informante se le nombrará bajo el seudónimo de “Jesús”.

La entrevista se realizó a los 8 meses del ingreso del informante al penal. Hasta el momento de la entrevista, se desconocía su diagnóstico psiquiátrico, ya que el único requisito como candidatos a la investigación era que fueran personas inimputables. Como profesional de la salud, en ese momento de la entrevista identifique dos identidades: la suya y el Diablo. Al analizar la entrevista fue que se identificaron otras tantas identidades que performativizaron el cuerpo en menor medida: 1) Dios; 2) un niño que le gustaba jugar con las nubes; 3) un hombre seductor; y 4) un poeta al que le escribían sus poemas. Para fines de las narrativas y contra narrativas de la in-corporación del Diablo, únicamente se presentarán aquí las dos primeras.

Para interpretar la información se construyeron categorías de análisis que dieron cuenta, en la mejor medida posible de la trayectoria de la enfermedad

mental, tomando en cuenta los momentos importantes de su vida en donde podrían posicionarse algunos momentos de ruptura, tomando en cuenta distintas temporalidades o etapas en las que se había vivido momentos críticos.

## **Presentación del caso**

Jesús, es un joven de 28 años, católico, con escolaridad de nivel bachillerato, que previo a la reclusión trabajaba como varillero<sup>8</sup>, de complexión delgada, con postura encorvada, tez morena y ojos apagados, además de un tono de voz bajo y un discurso lento. Jesús es el tercer hijo de cuatro, sus hermanos de 39, 35 y 27 años, todos comerciantes independientes como él. Su madre de 60 años, ama de casa y su padre de 62 años administrativo jubilado de la Procuraduría General de Justicia. Jesús vivió en unión libre con su pareja desde los 14 años con quien mantuvo una relación por seis años. A los 23 años tuvo su segunda pareja, quien es la madre de sus dos hijos; el mayor un hombre, y la menor una mujer, quienes al momento de la entrevista contaban con 8 años y 6 años, y con quienes no mantiene una comunicación. Sin embargo, conforme a lo dicho por Jesús, “su máximo deseo en la vida es su libertad para poder estar con ellos”.

Creció en una familia católica, refirió estar bautizado, confirmado y destacó que también comulga. Jesús reza todos los días, “le doy gracias a Dios, al anochecer antes de dormir, por el día que pasó para un nuevo día, y al amanecer por un día más”. Además de a Dios les reza a sus angelitos de la guarda “porque son mi única compañía”. Comentó que dentro del penal participaba con un grupo religioso de los hermanos cristianos Emanuel que iban cada semana, actividad que se suspendió sin saber la causa.

## **Trastorno multifac-etic**

Desde su experiencia, Jesús narra que el diagnóstico de trastorno de personalidad múltiple que le dieron es un falso diagnóstico, en vez de llamarlo “trastorno” comenta que se debería llamar “talento”, por lo tanto, debería ser “Talento multifacético de la personalidad”, aunque en su mismo discurso, Jesús si acepta los diversos alters,

Carla: Ok, actualmente ¿alguna enfermedad?

Jesús: Un falso diagnóstico psiquiátrico, creo yo.

---

8 Vendedor de dulces en el transporte público. De acuerdo a la Real Academia Española “varillero” proviene de varilla “mercancía menuda y barata”.

Carla: ¿por qué dice que un falso diagnóstico psiquiátrico?

Jesús: Porque en vez de trastorno yo le diría talento multifacético, afectivo emocional, orgánico, multitónico, ciclotónico.

Si bien, aunque Jesús comenta que el diagnóstico por el cual está en ese lugar para personas inimputables es un falso diagnóstico, si se asume como una persona con diversas identidades de las cuales es consciente.

Jesús: sabes cuánto más me duele, pero me muestro tal como soy y con todas mis facetas ciclotónicas, multitónicas...

Carla: ¿Cuántas son?

Jesús: la neta es que ya ni las cuento.

Carla: (ríe)

Jesús: la neta

Carla: Ahorita yo he visto nada más pocas.

Jesús: Pues no son muchas... pero no creo que quieras escucharlas... son groseras y son díscolos conmigo.

Carla: Quizá no escucharlas, pero me podría platicar.

Jesús: No te van a platicar nada porque no te creen digna de escucharlos.

Carla: ¿Por qué no me creen digna de escucharlos?

Jesús: Porque están dando a su Dios, yo soy su Dios de los demonios, reyes, dioses, demonios, el rey Dios, demonio humano soberano sobre la tierra de todo el universo... todos me rechazan.

Carla: ¿y quien si es digno?

Jesús: Pues quien me quiera... me mime, me diga linduras (...) Quien no me rechace, quién cuando necesite algo sin pedírselo, acuda en mi ayuda como yo lo he hecho por todos.

## **Trayectoria de la enfermedad mental**

Se ha dicho que una de las condiciones para considerar a una persona inimputable es la condición psiquiátrica, Jesús comenta que lo mandaron a un centro penitenciario para inimputables por un antecedente de diez años como paciente psiquiátrico. En la Figura 1. se representa esquemáticamente mediante un flujograma la trayectoria de atención retomando los Modelos Médicos que se describieron previamente, desde su primer ingreso a un establecimiento psiquiátrico, hasta la atención psiquiátrica recibida en el penal, en donde también se destacan momentos significativos de su vida en donde podrían posicionarse algunos momentos de ruptura.



Desde niño, Jesús fue una persona sana, sin signos ni síntomas de enfermedad. Tiene muy presente la fecha en que por primera vez pisó un Hospital Psiquiátrico. El 12 de noviembre del 2012, sus padres lo internaron en el Hospital Fray Bernardino por “delirio de persecución”; Comenta que la atención que recibió fue ambulatoria “no me internaron, porque no había cama y como logré reaccionar después de esas dos inyecciones de olanzapina me sacaron, porque no estaban aptos para lidiar con un mequetrefe, estúpido y simplón mozalbete como su humilde servidor”. A partir de ese momento comenzó a tomar cada día de 5 a 7 medicamentos recetados para su “delirio esquizoide alucinante orgánico” diagnosticado en ese momento. Del 2013 al 2021, año en que Jesús ingresó a la institución penitenciaria, hizo el recuento de 11 internamientos en la Clínica 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con especialidad Psiquiátrica, dentro de los diagnósticos dados a partir de la valoración psiquiátrica que recibió mencionó el “delirio esquizoide” de la primera vez, “psicosis”, “paranoia”, “paranoia alucinativa orgánica” y “psicosis depresiva”. En el proceso jurídico en el que se determinó su inimputabilidad, la evaluación pericial resultó en un “trastorno multifacético de la personalidad”. Tras una nueva evaluación una vez privado de la libertad, le diagnosticaron “trastorno afectivo orgánico de la personalidad”.

### **La experiencia psiquiátrica**

Para Jesús, ante las personas con un diagnóstico psiquiátrico “todos actúan como si fuéramos invisibles, que cuando necesitas algo, más te lo niegan, te aíslan cuando necesitas el apoyo social de una red de soporte emocional (...) te dejan caer al vacío en caída libre, en vilo”. Su condición psiquiátrica la vive “oprimido, aislado, segregado, limitado, marginado y mal alimentado”. Se describe como una persona sometida a la sombra de su enfermedad que le duele. En su vida cotidiana le molesta que le digan Dios o le digan Demonio, “solo soy un ente humano”. Además, le duele el rechazo y los malos tratos recibidos por su propia familia, manifestó un gran dolor por ser ignorado por su hermano mayor al cual refirió admirar. No obstante, de que Jesús se ocupó del cuidado del hermano menor y le proveía de lo que le pedía, éste nunca lo ha ido a ver, lo que le genera un gran dolor. Se percibe como una carga para sus padres, quienes son los únicos que lo van a visitar al penal.

Jesús se muestra como una persona sufriendo, desolada y que nada le ha resultado, que “todo el mundo disfruta de su tristeza y dolor”. Se concibe como un estorbo para sus padres, “no sabe cuánto duele ser una carga para que me vengan a dejar limosnas para poder sobrellevar mi depresión”, aun cuando estos están

a toda costa presentes todos los días de visita. Al respecto de su madre, dijo que ella siempre ha creído lo peor de él, aunque no fuera cierto. Desolado, al referir que está mal y nada le ha resultado, al respecto dijo que “de nada sirve hablarle al cielo si nadie escucha, la gente es gente el cielo es cielo”. Al hablar de su profunda tristeza, refirió que ha intentado suicidarse tantas veces que los dedos de su palma no le alcanzan para contarlas. Al preguntarle si ahí en la cárcel había intentado quitarse la vida, dijo: “aquí ya me mataron a propósito, pero me vuelvo a levantar, entonces por eso no me pegan, porque soy el Diablo... y si me pegan se van a volver mis esclavos”.

Se percibe como una persona triste, se asume como una persona deprimida, reafirmandose una de las etiquetas diagnósticas que le dieron: “psicosis depresiva”. Como parte de su experiencia, lo que más resalta Jesús es el inmenso dolor por el despojo de sus hijos. “¿sabe cómo me ayudaría?... consiguiendo mi libertad y mi reinserción familiar, recuperando a mis hijos, así me ayudaría. Ayudarme nada más es devolverme mi familia, la que yo encabezo. Cualquiera padre y madre desearía ver feliz y plenamente caminar a sus hijos y yo no puedo”.

Deseo salir, estar en casa y que mis hijos vayan a visitarme, ¡sería la gloria! ¿Has visto la película de Interestelar? Cooper trasciende toda dimensión intergaláctica, por el deseo de volver...por el amor paternal... ese es mi deseo... (cambio significativo de tono de voz) haz de cuenta que esta pequeña prisión es el último limbo... lo único que me impide regresar a mi familia... porque muy demonio, muy si quieres llamarle así, muy diabólico... pero por delante de todo soy un caballero, un verdadero hombre, porque ¿con qué ejemplo les hablaría a mis hijos?... tener buenos hijos. Voy a trabajar, descansar primero, re-adaptarme a mi casa, re-insercionándome familiarmente... de reinserción social nuclear la familia, y poco a poco me van a ir a visitar... aunque sé que no recuperaré el tiempo, me han dado éxtasis, por eso no puedo llorar... sé que jamás recuperaré los 3 años más hermosos de su vida... jamás, porque el tiempo se va y no vuelve nunca... pero quiero que cuando lleguen, me vean sonreír, y decirles que vencí la destrucción... del universo, conservando la vida en la tierra, dentro del universo... así como me ven... pequeñito, una cosa es que les diga que soy pequeñito, otra es que se la crean”.

## **El diablo in-corporado**

Al transformarse su voz, su mirada, gestos y ademanes, Jesús mostraba en su performatividad corporal la in-corporación del Diablo. Dejaba de ser él, y su identidad era performada como un ser sobrehumano, inmortal y más poderoso que

Dios. En la mayoría de las veces que se hacía presente, mostraba un feroz enojo, alebrestándose aún más cuando le llamaba por su nombre y no lo reconocía como el Diablo mismo, discursos enfatizados casi a gritos, tales como:

¡Eso me enfada! ¿no lo ha escuchado? ¡Soy el demonio mismo, soy el Diablo vivo!

¡Me enfada tanto y me frustra que teniendo al mesías frente de ustedes, que no es su salvador sino su destructor! ¡porque soy el Diablo mismo!, cual demonio muy malo porque el demonio está por encima de Dios y es más fuerte que Dios.

¡No lo pueden reconocer y más me enfurece que me subestimen! Porque, ¿cómo es posible que haya marcado la apertura de una tercera nueva era... después de tantos milenios y siglos y lo único que era necesario era voluntad... para actuar.

De manera intercalada en las diversas identidades alternas, surgía en Jesús, nuevamente el Diablo. En algunos pocos momentos, se manifestaba como un ser pasivo, con bajo tono de voz y mirada compasiva, en otros tantos, alebrestado y altisonante. En su faceta tranquila, mostraba ser un Diablo amable, dulce y seductor. Mientras que, en la otra faceta con un abrupto cambio de voz, grabe y con un tono golpeado, decía frases como: “Soy el fruto prohibido, soy el Diablo”, “soy el portador del pandemónium” ¿de qué?, pregunté, a gritos contestó “Pandemónium, del puto Diablo... soy el Diablo vivo. Soy el Pandemoooniuuum... Dios, rey demonio, soberano, sobre todo el universo, el absoluto unicelta demoniaco, Dios de la creación y destrucción, soy la teoría del caos... “.

El Diablo in-corporado, en Jesús representa la máxima fortaleza y un ser inmortal. En una de las múltiples performativas, manifestó que “el demonio es más fuerte que Dios, poderoso, soberano, que tiene el máximo poder sobre todo el universo”, un Dios al que le reza todos los días, pero no ha sido escuchado pese a sus humildes y constantes súplicas. Un ser inmortal, ya que, refiere que ha muerto varias veces, frases como “la muerte en vida” o “crees que te vas a morir cuando ya eres inmortal”, muestran en su experiencia de in-corporación demoniaca la inmortalidad. Narra que, en una ocasión, un custodio “me hizo “paaaa”, entonces mi cuello hizo esto [girándolo bruscamente], y mis muelas se rompieron, pero no sentí nada, solo vi rojo, y el idiota que me mató dijo, ¡ay este puto está poseído!... y me levanté [riendo de forma victoriosa]. Se fue todo espantado y amarillo”.

A partir del análisis, se identificó que, la performatividad de la identidad demoniaca durante la entrevista surgía en momentos particulares:

1. En primer lugar, se identificó cuando Jesús hablaba de temas que le duelen y lo entristecen, como el despojo de sus hijos.
2. De manera secundaria, cuando narra los malos tratos que en su experiencia ha recibido tanto por su familia, como su medio social, incluyendo compañeros de trabajo, el personal de salud que lo ha atendido y ahora el personal de custodia del penitenciario y las otras personas privadas de la libertad.
3. Finalmente, en momentos cuando había un rechazo o no le respondía como él esperaba ante el cortejo y seducción.

Lo anterior, resultó en la constante de una percepción de sentirse vulnerable o débil, por lo que, al presentarse el diablo como agente usurpador de su identidad, José pasaba de ser una persona frágil a un ser fuerte y poderoso evitando así dejar de sentirse vulnerable.

### **La in-corporación demoniaca como forma de autocuidado**

Cuando el Diablo corpo-oralizado en Jesús habla de su inmortalidad, comenta que en reclusión ya lo han matado a propósito muchas veces, pero que se vuelve a levantar, esa es la razón por la cual ahora ya no le pegan, porque al revivir saben que él es el Diablo, comentando que, si le pegan, se van a volver sus esclavos, poquito a poquito va a ser castigados por la eternidad, con sufrimiento.

Haciendo una analogía de la descripción que hace Papini (1954) sobre el Diablo, podemos ver reflejada la contranarrativa de este hombre en reclusión. Para Papini, el Diablo “es un ser infame, y sin embargo famoso, invisible, y sin embargo omnipresente, unas veces negado y otras adorado, unas veces temido y otras vilipendiado (...) sigue siendo más popular que comprendido, más representado que destreñado”. Estos antagonismos, a mi parecer son un ejemplo de cómo vive la experiencia de in-corporación demoniaca Jesús. Por una parte, se representa como una persona débil, sin alternativas, oprimida, aislada, segregada, marginada, limitada, invisible, sin apoyo ni soporte emocional, que no es escuchado ni por el cielo ni en la tierra. Una persona sin oportunidades y con el inmenso deseo de salir de la cárcel para estar con sus hijos. Por el contrario, cuando se in-corpora ese ser sobrenatural performando su corporalidad, se muestra un ser poderoso, temido y respetado, en el que, mediante este doble discurso de la contranarrativa, él es el máximo “rey demoniaco que está por encima de Dios”, podría estar plasmado un

mecanismo como medida de autocuidado dentro de una práctica de autoatención, elemento fundamental en el proceso salud-enfermedad. Situación en la que, al ser el máximo rey demoniaco, que para él está por encima del ser supremo hacedor del universo, la in-corporación demoniaca sea un escudo protector que limita así ciertos daños provenientes de su entorno a manera de autocuidado. De esa forma en él se sopesa el sufrimiento generado por el despojo de sus hijos por estar en reclusión. A todo esto, a fin de cuentas, pese a representar al Diablo como el máximo destructor, al preguntarle ¿y cuál fue el error del Diablo? contestó, ¡el error del Diablo fue pecar de bueno!

## Conclusiones

De acuerdo con Le Bretón (2020) el sufrimiento de los pacientes etiquetados como dementes es ignorado o aminorado, ellos callan por la impotencia para expresar el sufrimiento y por la incapacidad del entorno familiar o sanitario para identificarlo. Es así como, al no recurrir al habla y la queja, su estado de dolor es subvalorado (Le Bretón, 2020). No obstante del silencio y la impotencia de expresar el sufrimiento vivido, el cuerpo es vehículo de éste, un cuerpo silencioso y silenciado que a gritos oprimidos clama atención y afecto, un cuerpo que a toda costa fugará el sufrimiento que ha callado, mostrará de una u otra forma las marcas de la experiencia vivida, la experiencia del despojo de lo que más se quiere, la experiencia de la reclusión y en este caso la experiencia de la condición psiquiátrica donde se vive la in-corporación demoniaca.

El comprender la experiencia del cuerpo en relación con las ideas y representaciones del Diablo que derivan del contexto religioso, en personas que viven una condición psiquiátrica en la que se in-corporan entidades sobrenaturales y poderosas, que se ha documentado en casos desde el México antiguo, puede entenderse como una medida de autocuidado como práctica de autoatención, elemento fundamental en el proceso salud-enfermedad. En el que dichas in-corporaciones, en algunos casos como este, se percibe como una actividad cotidiana, consciente o no, encaminada al cuidado en el sentido de prevenir, tratar o controlar la limitación de daños en relación con el entorno, en el que se ven influenciados algunos determinantes sociales, entre otras cosas la experiencia psiquiátrica y la reclusión, dónde también se ven inmersas significaciones culturales.

El analizar la representación del Diablo, las percepciones y repercusiones de la condición psiquiátrica resultó como estrategia de autocuidado ante el sufrimiento vivido el resignificar la identidad, a partir de la in-corporación de un

ser poderoso. En el que a partir de la narrativa y contranarrativa se revela que tal práctica in-corporada mitiga la desesperanza que muestra con los diversos intentos suicidas, así como el sufrimiento generado en este caso por el dolor de la desdicha y el desamparo, generados por despojo de sus hijos y la privación de la libertad como experiencia liminal. Al transformarse de un ser débil a un ser poderoso, resignifica así la identidad, el cuerpo y con ello el sentido de vida como una forma de autocuidado en situaciones de extrema vulnerabilidad, como lo es la sumersión a la liminalidad en situación de cárcel. Enfrentándonos así desde la necesaria interdisciplinariedad de las Ciencias Antropológicas y de la Salud al gran desafío del desarrollo de propuestas que partan de este contexto, y que favorezcan la condición de vida de este grupo de personas; al resolver y dar respuestas a la multiplicidad de necesidades que muestra la realidad de las personas en condición psiquiátrica en reclusión. Es así como, el objeto de estudio aquí presentado, expone parte de una realidad que viven algunas personas en condición psiquiátrica, que a su vez afecta de manera directa e indirecta a diversas familias, en particular a aquellos que se han encargado del cuidado directo en toda su trayectoria de la enfermedad y de proveer recursos tanto afectivos como económicos en su estancia en el penal.

Finalmente, hay que entender la in-corporación demoniaca en el sentido de una relación entre el cuerpo, la salud y la religión en el que se entretujan diferentes sistemas, lógicas y principios, todos importantes para entender y atender los modos de vida de la condición psiquiátrica donde indiscutiblemente se disuelven los límites disciplinares.

## **Bibliografía**

ÁGUEDA MÉNDEZ, M. (2017). La Inquisición y transgresiones diversas: ¿Locura, posesión demoniaca, visión aberrante o enfermedad?. *Humanista: Journal of Iberian Studies*, (36): 62-82.

ALMAZÁN, C. A. (2022). *“Locura” en cana: el padecer de la condición psiquiátrica de un grupo de personas inimputables dentro de un centro de reclusión*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias Antropológicas. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.

---

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*, 5ª Ed. Arlington VA, Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana.

ARENAS-MONREAL, L., JASSO-ARENAS, J., & CAMPOS-NAVARRO, Y. R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global health promotion*, 18(4), 42-48.

ARGANIS, E. N. (2005). La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa DF. *Cuicuilco*, 12(33): 11-25.

ÁVILA, V. (2010). *El diablo en el imaginario colectivo de los nahuas. Silos XVI y XVII*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Historia de México. México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

BARRAGÁN SOLÍS, A. (2007). El cuerpo vivido: entre la explicación y la comprensión. *Estudios de Antropología Biológica*, 13(2): 693-710.

BIEÑKO DE PERALTA, D. (2011). Con el Diablo en el cuerpo. El discurso y la práctica en torno a la posesión demoníaca. En Rubial, A. y Bieñko (coords.) *Cuerpo y religión en el México barroco*. pp. 197-206.

BRIZUELA, D.(2022). *La posesión demoníaca y la liberación: una mirada bíblica y pastoral*. Argentina: Editorial de la Universidad Adventista del Plata.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN CIENCIAS DE LA SALUD (2019). *El trastorno de Identidad Disociativo es relacionado con traumas de la niñez*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

CÓDIGO NACIONAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES [C.N.P.P.], Reformado, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de marzo 2014, México.

CÓDIGO PENAL FEDERAL[C.N.P.P.], Reformado, *Diario Oficial de la Federación*, 14 de agosto de 1931, México.

COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (2015). *Situación de las personas con discapacidad psicosocial e inimputables en Centros Penitenciarios de la República Mexicana*. México: CNDH.

CSORDAS, T. (1990). Embodiment as a paradigm for Anthropology. *Ethos*, 8(11):5-47.

————— (1999). “Embodiment and Cultural Phenomenology”, in Gail Weiss y Honi Haber (eds.), *Perspectives on Embodiment*, Nueva York: Routledge. pp. 143–162.

————— (2018) en entrevista: Toniol, Rodrigo., Matsue, Regina y Gomes, Pedro (11 de septiembre 2018). *Entrevista a Thomas Csordas: Religión, cuerpo y salud*. Argentina: Red de Estudios de la Diversidad Religiosa en Argentina.

ECHEVERRÍA, J. (2012). *Los locos de ayer. Enfermedad y desviación*. México: Biblioteca de los Pueblos Indígenas.

FRIZO, G. L. (2021). *Os circuitos afetivos das narrativas e contranarrativas transnacionais do HIV e da Aids*. Brasil: Universidad Pontificia Católica de Río de Janeiro.

GUTIÉRREZ-PORTILLO, S. (2022). Memorias que importan: arte participativo y contranarrativas de la pandemia. *Estudios del Discurso*, 8(1): 48-69.

GRAJALES, D. (2019). La posesión demoníaca: psicosis, neurosis histérica o trastorno neuropsicológico. *Poiésis*, (36), 192-199.

LARA, Á. (2020). Posesiones demoniacas en México. Un estudio etnográfico de la posesión en una parroquia católica veracruzana. *Vínculos. Sociología, análisis y opinión*, (1):101-118.

LARA, J. (2022). Corpo-oralidad: la categoría conceptual de la encarnación. *Narrativas antropológicas*, 4 (8):85-96.

LE BRETÓN, D. (2020). Liminalidad y dolor crónico. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*. Núm. 78: 19-30.

LÓPEZ ESQUIVEL, Á. (2018). “El demonio le dijo ya eres mía y ella quedó muy contenta. Las brujas y su corporeidad en la Nueva España de los siglos XVII y XVIII”, en A. Barragán, Á. López y E. Masferrer (coords.), *Cuerpo, salud y religión*, Buenos Aires: Araucaria, pp. 55-71.

---

MADRIGAL, A. (2012). Disociación como defensa al trauma. *Revista Cúpula*, 26 (2): 9-18.

MENÉNDEZ, E. (2016). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos, en Campos, Roberto (Comp.) *Antropología médica e interculturalidad*. México: Mc Graw Hill, pp. 297-320.

\_\_\_\_\_ (1992). Los modelos médicos en México, en Campos, Roberto (Comp.) *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 95-114.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. Ginebra, Suiza: Asamblea Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2011). *Modelo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Vigilancia en Salud Pública*. Segunda edición. Washington: PALTEX.

OSCA, A., D'HIVER, Y., y RAMOS, E. (2022). Posesión demoníaca y exorcismo: a propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 29(2).

PAPINI, G. (1954). *El diablo*. Título original: Il diavolo. Traducción de Vicente Fatone. Buenos Aires: Emecé ediciones.

PAZ L. (2023). *Estudio de la base traumática del trastorno de identidad disociativo, esquizofrenia, trastorno por estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad*. Trabajo para obtener el grado de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de la República de Uruguay.

PÉREZ HERNÁNDEZ, H., & OSORIO HERRERA, B. (2021). *La posesión demoníaca. Un fenómeno antropológico de origen relacional. Aproximación interdisciplina*. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2023). *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.6 en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es>

ROBLES GARCÍA, R., GARIBAY RICO, S. E., y PÁEZ AGRÁZ, F. (2006).

Evaluación de trastornos disociativos en población psiquiátrica mexicana: prevalencia, comorbilidad y características psicométricas de la Escala de Experiencias Disociativas. *Salud mental*, 29(2): 38-43.

RUGEL CAICEDO, CH. (2020). *Posesión demoniaca como manifestación histórica: un diagnóstico contingente*. Tesis para obtener el grado de Psicólogo Clínico. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

SALAZAR, Y., MIRANDA, C., SINZA, J., MOSQUERA, R. & RUA, J. (2015). *Concepciones Histórico – Culturales del Fenómeno de la Posesión Demoniacal*. Facultad de Teología. Medellín, Colombia: Corporación Universitaria Adventista.

SEVILLA, B. (2016). Trastornos Disociativos. Diagnóstico y Tratamiento. Pléyades, *Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica*, (53):272-285.