

La lepra: invisibilidad y estigma

Alexis Romero Salazar

Escuela de Sociología.

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.

Universidad del Zulia

E-mail: romeros@cantv.net

Resumen

El desalojo -en 1985- de los últimos pacientes de lepra reclusos en la Isla de Providencia representó el final de una historia de confinamiento que se había iniciado 154 años antes. Para muchos -en tanto se eliminaba la referencia física de la reclusión- ello suponía una rebaja del estigma que acompañó a la enfermedad. Para discutir el asunto, en este artículo se reportan resultados de una investigación con la cual se intentó reconstruir -a través de los testimonios de pacientes, médicos leprólogos y otros miembros del equipo de salud- el proceso de estigmatización durante aquella etapa. Se pretendió además conocer sus percepciones con relación a las posibles variaciones ocurridas al respecto. Los resultados muestran la persistencia -por el lado de la sociedad- de prejuicios y actitudes de rechazo y -por el lado de los pacientes- la notable tendencia al ocultamiento. Estos han sido precisamente los elementos fundamentales del estigma-. Así, el cambio de la modalidad del control -del confinamiento al tratamiento ambulatorio- pareciera haber producido escasas modificaciones en un contexto en el cual la lepra se ha convertido en una enfermedad invisible.

Palabras clave: Lepra, hansen, control y estigma.

Lepracy: Invisibility and Stigma

Abstract

The removal of the last leprosy patients from the Isla de Providencia was the final chapter in the history of patient confinement which had begun 154 years earlier. For many people, the elimination of physical reclusion supposed the lessening of the social stigma that accompanied this disease. In order to address this question, the results of research are analyzed which intended to reconstruct, through testimonies of patients, medical specialists in the disease, and other members of the health team, the process of stigmatization during that period. This research also intended to understand perceptions related to possible variations that occurred in this process. The results indicate that prejudices and attitudes of rejections still persist on the part of society, and the patients show a tendency to conceal their disease. These have been the fundamental elements of the stigma traditionally. The change from confinement to ambulatory treatment seems to have done little to modify the context in which leprosy has been converted to an invisible disease.

Key words: Leprosy, hansens disease, control, stigma.

INTRODUCCIÓN

En la antigua Grecia se creó el término estigma para hacer referencia a signos corporales con los cuales se intentaba anunciar una característica personal no deseada. Como dice Goffman, aquellos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo, que advertían que el portador era alguien a quien debía evitarse en lugares públicos. (1970). Hoy, como en el caso de la lepra, con la palabra se designa el mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales. Ciertamente, esta enfermedad refiere a un atributo desacreditador -una marca: como deformidades y úlceras- que distingue a la persona afectada. El asunto es que el estigma alcanza aún a los enfermos que no tienen lesiones (que, según la clasificación de Goffman, serían los desacreditables, en oposición a los desacreditados cuyas marcas son evidentes). Estos últimos, ya que no pueden pasar desapercibidos, viven permanentemente preparándose para manejar las tensiones que resultan de sus encuentros. Mientras que los desacreditables permanecen alertas para no delatar su padecimiento.

Entonces, dado que el intercambio social se da en condiciones permanentes de stress, los enfermos se vuelven desconfiados, hostiles, ansiosos y aturcidos. Además, el tener conciencia de su “inferioridad” los hace inseguros, lo que los pone a vivir en constante ansiedad. Por eso vacilan entre el retraimiento y la agresividad. Por otro lado, en virtud del fuerte rechazo, pareciera que el problema de la apariencia física fuera más importante que el malestar, los dolores y las limitaciones para el trabajo (Bakirtziez, 1997).

Esas serían las maneras de expresar la reacción ante una estigmatización que se da en una sociedad que asimila ideas arcaicas acerca de la enfermedad, a pesar de los nuevos conocimientos que se producen. El comportamiento del enfermo tendría que ser de ocultamiento de la afección.

Hace muchísimos siglos, la sociedad ideó el confinamiento como una medida de protección de la salud pública, pero también como una forma de evitarse el contacto con personas evidentemente al margen de su patrón estético -por ser portadoras de deformidades y úlceras-. En las últimas centurias las prácticas confinatorias avanzaron hacia formas menos individuales y más comunitarias, como las colonias de enfermos y los “sanatorios” destinados específicamente a los pacientes de lepra. Estos centros, como “pueblos”, fueron llamados leprosarios, leprocomios y lazaretos.

En Venezuela, el primer hospital antileproso se constituyó en la Isla de Providencia, en el Lago de Maracaibo, localizada a 14 Kms frente a la ciudad del mismo nombre y con una superficie de 1 Km. Con un decreto de 1828, Simón Bolívar, Presidente de Colombia, respondía a las demandas de grupos de enfermos; asignándoles como presupuesto un porcentaje de los ingresos del Puerto de la Vela de Coro.

En el leprosario de la Isla de Providencia se erigieron instalaciones hospitalarias y comunales (iglesias, cine, cárcel, etc.) y se puso a circular una moneda especial. Todo de manera de que los enfermos estuvieran aislados.

Desde 1831, fecha en que comenzó a funcionar, hasta 1985, fecha en que se produjo el desalojo, pasaron 154 años de práctica confinatoria, a pesar de que en 1947 se había acordado la eliminación de tal política, por el cambio en la orientación en el control de la lepra. Siendo que la nueva modalidad del control con terapia multidroga no requiere ni de hospitalización ni de reclusión, se impuso el tratamiento ambulatorio, administrado por la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo.

Esta nueva situación hace relevante las siguientes preguntas: ¿Cuál es el cuadro actual de la estigmatización en Lepra? ¿Habrà influido el cambio de la modalidad en la modificación de las actitudes prejuiciadas de la sociedad frente a los enfermos? ¿Se habrá producido una rebaja del estigma? ¿Cuál es la percepción de las personas implicadas -enfermos, médicos, al respecto?

En torno a ello se realizó la investigación cuyos resultados se exponen a continuación:

Objetivo Central:

Evaluar las implicaciones sociales del cambio de la modalidad confinatoria a la ambulatoria en el tratamiento de la lepra.

Objetivo General:

Establecer las variaciones que en el proceso de estigmatización se han producido a partir del establecimiento de la modalidad del tratamiento ambulatorio de la lepra.

Objetivos Específicos:

1. Analizar documentos referidos a la situación de exclusión y rechazo en el período del confinamiento en la Isla de Providencia.
2. Analizar las percepciones de personas afectadas con lepra -y con diferentes "historias": confinamiento y tratamiento ambulatorio- acerca del estigma de ayer y el de hoy.
3. Analizar los testimonios que, con respecto a los cambios en la estigmatización, aportan médicos leprólogos y trabajadores de la salud vinculados a la afección.

1. METODOLOGÍA

Por la naturaleza del objeto de estudio, se trató de una investigación cualitativa. El acercamiento a las variaciones en la estigmatización en lepra se concretó con alguna efectividad, primero, a través de la sistematización de las ideas vertidas en documentos como libros, folletos e informes, por personas que han estado vinculadas a los problemas de los enfermos -como médicos, religiosos (monjas y curas)- que ejercieron la administración de Providencia y, segundo, mediante el tratamiento de testimonios y de percepciones de sujetos relevantes, por lo que ha sido su historia en torno al estigma.

En el primer caso, los materiales fueron tratados mediante la técnica de investigación documental conocida con el nombre de Resumen Analítico. Se buscó a través de ello rescatar aspectos específicos de la historia de la relación entre los enfermos y la sociedad zuliana. Igualmente se intentó establecer los posibles cambios en la dinámica rechazo-ocultamiento.

En el segundo caso, se recogieron testimonios de pacientes -unos que estuvieron confinados en Providencia y otros que sólo han estado en contacto con la modalidad ambulatoria-, de médicos leprólogos y de trabajadores de la salud que han acumulado importante experiencia en la atención de este grupo de pacientes en condiciones bien especiales. Este acercamiento se produjo a través de la técnica del relato de vida -en este caso se recogió una historia de contacto con la enfermedad-, que permitió establecer si realmente se ha producido una rebaja del estigma.

Básicamente, la investigación pasó por cuatro grandes etapas, que Legall presenta como: problematización, recolección, transcripción e interpretación-análisis. (1989:42). Estas etapas fueron cubiertas a partir de nuestra adaptación de la propuesta de Poirier y colaboradores.

1.1. **La problematización** estuvo en función de las consideraciones teóricas adelantadas con respecto a la estigmatización. Sin embargo, hay que puntualizar algunas cosas, primero, que para el control de la Lepra es necesario neutralizar el rechazo (de parte de los sanos) y el ocultamiento (de parte de los pacientes) porque permiten la continuidad de la cadena de transmisión. Segundo, que el éxito en ese objetivo, supone el conocer las específicas condiciones culturales y socio-económicas en las cuales se produce la reacción social negativa, fundamentalmente a partir de las vivencias de los propios afectados.

El estudio se justifica por mantenerse durante 154 años, en la región una modalidad del control por confinamiento -en la Isla de Providencia en el Lago de Maracaibo- que expresa con demasiada claridad la fuerza que alcanzó la estigmatización: era la forma en que la sociedad se protegía, no sólo desde el punto de vista de la sanidad pública, sino con relación a sus convenciones estéticas, según las cuales lo que se desvía del patrón debe ser rechazado.

1.2. **La recolección** consistió esencialmente en tres procesos: la elección de los sujetos a entrevistar, la elaboración de la guía de entrevis-

ta (primera categorización) y la aplicación de la entrevista (recolección propiamente dicha).

a) La selección de los enfermos fue concretada a partir del conocimiento previo que arrojó un cuestionario aplicado a 40 de los pacientes activos en el Servicio de Dermatología Sanitaria de Maracaibo. Además de ello, se les dio un valor fundamental a las opiniones de los médicos e inspectores sanitarios cuyo contacto prolongado con aquellos garantiza un conocimiento incomparable.

Para el establecimiento de un tamaño provisional de la muestra estratificada -no estadística- se combinaron los criterios siguientes: grado de incapacidad, años con la enfermedad, sexo, edad, ocupación, nivel de instrucción y permanencia o no en "Providencia". En definitiva, se seleccionaron 9 pacientes. Ahora bien, como se trabajó de acuerdo con el principio de saturación, al llegar a la sexta entrevista se confirmó un gran nivel de repetitividad en los relatos, que hizo innecesaria la recolección para los 3 sujetos restantes.

El mismo procedimiento se aplicó para seleccionar a los 4 médicos y los 3 paramédicos.

b). Las guías de entrevista se elaboraron a partir de las categorías que surgieron de la problematización del fenómeno del estigma, en consideración a los dos polos que constituyen su dinámica: las actitudes de los sanos y las respuestas de los enfermos.

Las guías incluyeron básicamente los siguientes aspectos:

Actitud de la familia -al declararse la enfermedad y en etapas posteriores-

Actitud de la pareja (en el caso que exista).

Actitud de los amigos y vecinos.

Impacto en el empleo (o en la escuela) de parte de patronos, compañeros de trabajo, etc. (o de los maestros y discípulos).

Problemas en sitios públicos.

Comportamiento encubridor o enmascarador de parte de los enfermos.

Tendencia al ostracismo.

Miedos y temores.

Como corresponde a un estudio etnobiográfico, la guía sólo cumplió un papel de orientación, dado que no había (independientemente del listado que se presentó arriba) una secuencia u orden fijo, ni una única manera de formular las preguntas. Porque de lo que se trató fue de una conversación en la que el paciente contó su experiencia y el interlocutor (en este caso el investigador) intervino de vez en cuando para interesarse por un acontecimiento o algún aspecto considerado en la guía; que por ello no fue una “camisa de fuerza”.

c) **La Recolección** propiamente dicha, se inició con la sensibilización de los entrevistados en la importancia de la investigación, por la utilización de los resultados para elevar la eficiencia del programa de control, etc.

Fue así como se realizaron al menos dos sesiones previas de inducción para ponerse de acuerdo y clarificar los aspectos más relevantes para el relato que posteriormente sería recogido. Incluso se les entregó una ficha con el temario de la entrevista.

En las sesiones destinadas a recoger los relatos -que fueron grabadas-, el investigador dejó que el entrevistado comenzara por aquellos aspectos por los cuales le pareció pertinente hacerlo (y que son a los que concede la mayor importancia, de cara a su propia vivencia). Los relatos discurrieron como conversaciones fluidas, porque se concretó el deseo de los entrevistados de contar sus experiencias. Por ello reflexionaron en una conversación en la cual el entrevistador, por lo general, sólo participó para animar a que siguiera contando y para solicitar que hablara de algún aspecto específico.

1.3. La Transcripción y la Organización de los materiales, más allá del trabajo con la grabación, trató de un riguroso procesamiento de la información.

a) En primer lugar, se verificó una reproducción fiel, que recogió los errores del lenguaje, las pausas, los silencios, los suspiros y las preguntas.

El material fue copiado dejando márgenes anchos a cada lado de la hoja (2 cms. a la derecha y 2 cms. a la izquierda) y 4 espacios entre las líneas.

Se sacaron tres copias del documento: un original (que se archivó tal como es); un primer “borrador” para trabajar sobre él con el llamado análisis vertical y otro borrador para producir el análisis horizontal.

Se señaló en cada uno de los relatos la fecha en que fue realizado, la duración y el ambiente.

b) En segundo lugar, se compararon la grabación y el texto, en una especie de primera exploración de significados. Es decir, se escuchó y se leyó, simultáneamente, para hacer anotaciones previas en el primer borrador; de la siguiente manera: en el margen izquierdo la especificidad de la historia y en el margen derecho el significado dentro de la experiencia y percepción colectiva.

Las palabras, expresiones y refranes que parecieron tener un significado relevante para el problema del estigma, fueron señalados con resaltadores de cuatro colores diferentes, según el aspecto a que hicieran referencia.

c) En tercer lugar, se clarificaron los documentos, cumpliéndose los siguientes procedimientos: asignación de códigos a cada relato, identificación y descripción del entrevistado (mediante la elaboración de una ficha biográfica) datos personales, trayectoria de enfermedad -que provienen de la historia clínica y del cuestionario y de una ficha complementaria donde se señalan hechos importantes que surgieron de los relatos (fechas, acontecimientos; además de otros datos que brotaron de la transcripción).

1.4. **La interpretación y el análisis**, una vez organizados los documentos, se inició el análisis propiamente dicho. Este se concretó en tres movimientos:

a) **Análisis Vertical**. En esta primera fase se trabajó cada relato por separado, para ubicar las unidades de sentido. Se fueron agrupando los datos relativos a hechos (“sucedio que...”) y los juicios (“yo pienso que...”), por categorías que iban emergiendo del texto, y que iban siendo sugeridas de acuerdo con las dimensiones en que se expresa el estigma.

Básicamente se trató de un proceso de categorización, mediante el cual las referencias a cada dimensión y subdimensión fueron reducidas a enunciados claves: una frase, una oración, un refrán, un aforismo, etc. Con este material se elaboraron fichas, para cada entrevistado, seleccionadas por temas o aspectos.

b) **Análisis Horizontal**. Habiéndose tratado cada relato por separado; se reunieron en fichas, por temas, todas las expresiones o enunciados individuales utilizados por los entrevistados. Fue como una integración temática, para la cual se utilizaron fichas para cada dimensión o sub-

dimensión incluyendo a todos los entrevistados. Constituyó otro paso en el establecimiento de las unidades de sentido.

c) **Totalización.** Correspondió a lo que Poirier y colaboradores (1983) llaman construcción de la Rejilla de Análisis. Finalizados el análisis vertical y el horizontal, se procedió a llevar a un cuadro, como una matriz, por un lado los temas, por el otro, los enunciados empleados por los entrevistados, agrupados por categorías. Constituyó una totalización que facilitó la ubicación y precisión de las regularidades en las percepciones en torno a la estigmatización y en su comportamiento frente al rechazo y ante el tratamiento. Esencialmente, se trató con ella de organizar globalmente las unidades de sentido, a fin de concretar la aspiración de ir de lo individual a lo social.

Antes de entrar a comentar los resultados, es necesario decir unas cuantas cosas con relación a la forma de presentarlos; a sabiendas de que hay dos formas de hacerlo: por un análisis cuantitativo o por un discurso único. Con relación a esto último dicen Poirier y colaboradores:

“La presentación sintética de un discurso único es un trabajo de ensamblaje que yuxtapone los relatos y pone en evidencia su trama común, utilizando ampliamente las citas de los narradores. Es capital volver a los discursos originales indicando como cada uno se sitúa con relación a la síntesis propuesta” (1983:144).

Esta es la forma de presentación que vamos a utilizar a continuación:

Por otra parte, la característica más importante de la encuesta por relatos de vida tal vez sea su capacidad para producir una densa y abundante información que tiene que ser trabajada sintéticamente sin eliminar su riqueza. En este caso -de nuestro estudio sobre la estigmatización- la cantidad de asuntos involucrados, es decir, la amplitud temática, explica el volumen de los materiales obtenidos.

Ahora bien, a objeto de esta presentación, sólo vamos a traer a colación algunos elementos referidos al estigma en la etapa del confinamiento en la Isla de Providencia y al estigma más actual -en la etapa del tratamiento ambulatorio-.

Con relación a la etapa confinatoria se recogieron dos relatos de pacientes, tres de médicos y dos de enfermeras, dado que la Isla de Provi-

dencia fue desalojada desde 1985, dificultándose el contacto. De la etapa ambulatoria se trabajaron seis, cuatro y tres, relatos, respectivamente.

2. RESULTADOS

2.1. Una historia bien antigua: Estigma y extrañamiento

La lepra, tal como reconoce la mayoría de los autores, es una afección que cubre casi toda la historia de la humanidad. Una de las primeras referencias aparece en el Libro Sagrado de la India, que data de unos mil quinientos años antes de Cristo (Barreto, 1993). En el Antiguo Testamento se narra como el diablo provocó en Job. “Entonces, salió Satanás de la presencia de Jehová e hirió a Job con una sarna maligna, desde la planta del pie hasta la coronilla de la cabeza” (La Biblia, Cap. 2, Versículo 7). Por eso se le califica de enfermedad bíblica: al libro de Job se le atribuye una antigüedad que oscila entre 2.000 y 1.800 años antes de Cristo.

La afección, identificada desde ese entonces por las lesiones y deformidades que produce -como abominaciones del cuerpo-, fue asociada, tanto en la cultura oriental como en la occidental, con la existencia de problemas del espíritu. Así, a las huellas visibles, en el plano físico, se les agregó una marca social o estigma que hablaba de ciertas condiciones morales indeseables.

El pueblo hebreo utilizó para ello el término TSABA-ATH, que expresa profanación e impureza religiosa (Browne, 1963). Igualmente, en la antigua China la causa de la lepra era vinculada a un castigo por graves faltas morales. En Japón, dado que los enfermos no podían ser purificados a través de los rituales, también fue considerada como castigo o manifestación de pecado. Y en la India se le consideró la peor de las enfermedades y una penitencia a los más grandes pecadores, por acciones realizadas en esta y en las vidas anteriores (Skinsnes y Elvore, 1970). En todos los casos el estigma afectaba al enfermo y a su clan, pero además quedaba involucrado todo su linaje familiar.

En el mundo occidental se produce la misma idea de la lepra como castigo; siendo considerado el enfermo un “penado por Dios por sus graves culpas...” (Berlinguer, 1988). Eso es lo que se deriva del estudio de Skinsner y Elvore, referido a la presencia de la afección en la literatura médica del occidente desde la edad media (1970).

Esa concepción, similar en cuanto a la causa de la enfermedad, supone un patrón de comportamiento semejante, expresado en términos de reacción social, que incluye fuerte aversión y segregación de los enfermos.

Así, ya en la Biblia -en el libro de los Levíticos- se establece cual debe ser el comportamiento social al respecto:

“El Señor dijo a Moisés y a Aarón: cuando alguno tenga una influencia, una erupción o una mancha de la piel y se le produzca la lepra, será llevado ante Aarón, el sacerdote o cualquiera de sus hijos sacerdotes: ‘se trata de un hombre con lepra’. Es impuro. El sacerdote lo declarará impuro de lepra en la cabeza. El que haya sido declarado enfermo de lepra andará harapiento y despeinado, con la barba tapada, y gritando: Impuro, Impuro Mientras le dure la afección seguirá impuro; vivirá sólo y tendrá su morada fuera del campamento” (Cap. 13, Versículos 45 y 46).

La enfermedad alcanzó niveles muy grandes entre el pueblo hebreo, donde la principal medida para evitar el contagio era aislar al enfermo. Previamente se realizaba un ritual en el cual el afectado se dirigía a un sacerdote anunciando su presencia con una campanilla. Esta profilaxis regida por un fuerte espíritu religioso, se perpetúa en el medioevo europeo, cuando la diseminación de la enfermedad obligó a los gobernantes a decretar la construcción de leprosarios. Estos estaban constituidos por pequeñas casas de madera ubicadas alrededor de una capilla de piedra y contenían un cementerio propio.

“El diagnóstico era realizado por un médico, el cual de resultar positivo, debía notificarlo a las autoridades y el enfermo era citado ante el cura a objeto de que efectuara la ceremonia del SEPARATIO LEPROSO RUM, y declararse muerto para este mundo; acto seguido le proporcionaban unas vestiduras especiales con la finalidad de poder ser identificado como leproso’ (Arrieta, 1986-35).

Esta remota práctica, alejar al individuo que padecía la afección de la convivencia social y de la propia familia, seguirá vigente por muchos años. Así, en 1897, la 1ra. Conferencia Internacional de Lepra, realizada en Berlín, propone el aislamiento compulsivo como un medio para impedir la propagación y recomienda una notificación obligatoria y la vigi-

lancia de los enfermos (Dinig, 1960). Y en las conferencias posteriores se ratifica esa orientación. Lo novedoso sería la recomendación de separar por sexo a los reclusos en los lazaretos, como medida preventiva.

De manera que el control se fundamentó en la hospitalización, prácticamente de por vida; siendo los componentes de la reclusión compulsiva: la detección de los enfermos, su persecución y su captura, generalmente por procedimientos policiales (M.S.A.S., 1986).

En estas condiciones, si se considera al leproso en situación de desviación -con respecto a los normales, a los no enfermos- podríamos preguntarnos ¿El confinamiento tiene explicación desde el punto de vista de la protección o del castigo al paciente? En todo caso, será punición en la medida en que le es atribuida la responsabilidad mayor por su desvío -por su afección-. Como señalan Dinitz y otros, en el caso de la lepra las reacciones sociales parecen asociarse a formas de castigo, ya que en muchas culturas el paciente es culpado por el padecimiento y considerado una especie de pecador e infractor de códigos morales (1969).

Desde otro punto de vista, si se asume la sociedad como una entidad estructurada internamente, con límites que hacen de zona de defensa, cualquier elemento que no se adapte a las definiciones culturales se torna peligroso (Rodríguez, 1983). Por ello se elabora una estrategia que lo aisle o lo neutralice; cosa que alivia el miedo que siente la sociedad. En el caso de la lepra, el plan consiste en el extrañamiento del sujeto desviado -que encarna el peligro-. Pero, se trate de la aplicación de mecanismos punitivos o de un plan de defensa; es decir, independientemente de que aceptemos los planteamientos de Dinitz o de que asumamos la posición de Rodríguez, hay que dar crédito a la precisión de Berlinguer:

“...si les era permitida la entrada a las ciudades en ocasiones particulares, como Semana Santa, para que no fueran privados de la ayuda Divina... Si debían los sábados limpiar la plaza comercial, por ocasión de feria... Es evidente que, por estas dos excepciones, el aislamiento de esos hombres, tenía como objetivo evitar más el contacto con el pecador que con la enfermedad contagiosa” (1988:77).

2.2. Confinamiento y Estigma: Los Años de Providencia

Evitar el contacto con el leproso, creando una situación en la que quedaba aislado de la comunidad, fue pues, la medida adoptada desde la

antigüedad, no sólo para el control sanitario, sino también para proteger a la sociedad de la apariencia de los enfermos. Durante siglos permaneció la aplicación del régimen confinatorio; lo que pone en evidencia que, además de ser una de las afecciones más antiguas, la Lepra fue una de las más descuidadas. En su descargo, los involucrados dirían ¿qué otra cosa se podía hacer con una enfermedad incurable e infectocontagiosa?

La experiencia confinatoria en Venezuela tuvo su inicio a partir de 1831, luego que Simón Bolívar, como Presidente de la República de Colombia, ordenara en 1928 la construcción de un Leprosario en la Isla de los Mártires, después Isla de Providencia. En el decreto, firmado por el Libertador, se establece que para el sostenimiento se aplicarían las rentas provenientes del derecho de anclaje de los barcos que fondearan en el Puerto de la Vela de Coro y de las galleras ubicadas en el entonces Departamento del Zulia.

La Isla está localizada en la parte más angosta del Lago, al este de la ciudad de Maracaibo -a 14 Kilómetros aproximadamente- y frente a los Puertos de Altagracia en la costa oriental -aproximadamente a 3 Kilómetros-. Su extensión es de 3 Kilómetros de largo por 2 Kilómetros de ancho y su forma es la de un triángulo irregular.

Desde un principio se trabajó por alcanzar las mejores condiciones de aislamiento para los enfermos; para lo cual se aprovechó la situación de insularidad de Providencia. En relación con ello, como se trataba de producir una efectiva separación, el “Lazareto” fue dotado del conjunto de instalaciones y servicios que la hicieran posible. Al respecto, tiene sentido presentar aquí una cronología de las acciones cumplidas, según lo que expone Alonso (1977):

1831. Comienza a funcionar La Leprosaría con las primeras edificaciones.

1840. Se amplía el establecimiento existente y se levantan en sus inmediaciones las piezas necesarias para la separación entre los sexos.

1873. El gobierno nacional ordena la realización del plano para la construcción de un edificio de 20 habitaciones en una extensión de 40 metros.

1876. Se conforma la Junta Protectora del Lazareto, dirigida por una notable dama de la sociedad marabina.

1880. El gobierno de Guzmán Blanco resuelve duplicar el local, mediante la construcción en un espacio de 80 metros; así como una capilla y la cárcel.

Se constituye una Junta Administradora del Hospital.

1881. Entra en funcionamiento el cementerio.

1882. Se establece la circulación de una moneda con un valor convencional en el establecimiento. (Resolución de la Junta Administradora).

1889. Se resuelve entregar la dirección del Lazareto a una institución religiosa que se encargase de la administración y del cuidado de los enfermos. (Resolución de la Junta de Fomento).

1890. Llega a la Isla, desde España, la Congregación de las Hermanas de Santa Ana.

1906. Se decide la construcción del “Edificio Mayor”, con 17 pabellones. Se levanta, separando el viejo edificio del nuevo, una capilla con dos grandes naves.

Se elimina la Junta, mediante la designación de un Administrador.

Comienzan a ser enviados a la Isla los enfermos de todo el Occidente del país.

1907. El Leprocomio, que había estado a cargo del gobierno estatal, queda adscrito a la administración nacional (Central).

1919. Se inaugura la nueva iglesia católica.

1922. Se designa un administrador, que sustituye a las Hermanas de Santa Ana en esa función.

1935. Vuelve la administración a manos de las Hermanas de Santa Ana.

1936. Las Hermanas se retiran definitivamente de la institución.

Se inaugura un nuevo pabellón para mujeres y otro para hombres y el edificio donde operaron el laboratorio clínico, el servicio odontológico, la cirugía y donde se ubicaron los consultorios.

1945. Comienzan a funcionar dos escuelas primarias (para hombres y mujeres) y una escuela de corte y costura.

1951. Se inaugura la casa para los médicos.

Estas acciones, realizadas durante más de cien, años tienen que ser comprendidas en términos de un doble propósito: por un lado, brindar,

hasta donde fuera posible, unas aceptables condiciones de vida a las personas enfermas, colocadas en una situación bien especial y, por otro, garantizar el aislamiento, mediante la prohibición de salida a los reclusos.

De modo que, es con relación a ese último propósito como hay que estudiar la existencia de una población -una comunidad- que, además de los 17 pabellones -para hombres y mujeres- con habitaciones para los solteros y del local para hospitalizar un millar en enfermos, disponía de una prefectura, de una cárcel, de varias plazoletas, dos iglesias (católica y protestante), de una biblioteca, de un cementerio, de una escuela de artes y oficios, de un cine, de una oficina de correos, de un mercado y de aproximadamente sesenta casas para los enfermos que vivían en pareja.

Esa era la forma como la sociedad se protegía: favoreciendo una buena situación de aislamiento. Era la manera de evitar que los enfermos deambularan por las calles creando la posibilidad del contagio. Eso en el marco de arraigados prejuicios acerca de la lepra. Medidas como la existencia de una moneda que sólo circulaba en la isla, la esterilización de las cartas, de los zapatos de las monjas, hablan de ello.

Así, en ningún caso el aislamiento significó la reducción de estigma con respecto a la afección. Lo que impidió fue la cotidianidad del rechazo por parte de los sanos -o reacción social- y el que los enfermos vivieran la permanente tensión que resulta de sus contactos con los “normales”. Pero el estigma se mantuvo, aunque los leprosos estuvieran “guardados”. La idea en torno a una persona mutilada y que pierde pedazos de piel siguió en la mente de la gente.

Mientras tanto, en la reclusión, los enfermos “vivían el rechazo”, en una comunidad organizada con arreglo a la lógica estigmatizadora, independientemente del hecho de ser un conglomerado de iguales. Es que, en general, fueron a parar a Providencia en virtud de la denuncia realizada ante la “unidad sanitaria”, por algún vecino tal como testimonia una enfermera que laboró durante treinta años en el leprosario:

“Ellos por lo menos veían que era un leproso..., pues iban a la ‘Sanidad’ y denunciaban. Entonces, la unidad venía... ‘que vea..., que aquí hay una gente...’ ‘aquí hay una gente...’ ‘aquí tengo un vecino que...’ Enseguida iban para hacer una inspección para ver si era verdad” (Dalia).

Con la confirmación de la afección, a través del diagnóstico, se iniciaba lo que Goffman (1970) llama la “carrera moral”: los enfermos

aprendían que eran diferentes. Pero también se les proporcionaba a los ‘normales’ la información que necesitaban para inhabilitarlos y aislarlos. Como relatan Rosa y Hermes, quienes ingresaron a la Isla en 1947 y 1933, respectivamente:

“Entonces, al fin que los padres míos me llevaron a un médico de la Grita ¿No? Entonces, de la Grita me mandaron a San Cristóbal, pa’ un médico Fumarol, que era especialista en la enfermedad. Entonces fue me... ahí fue me examinó y dijo: ‘No hija hay que mandarla pa’ Providencia’...” (Rosa).

“... nos llevaron a Maracaibo, a mi hermana y a mí –esta que está aquí, apenas tenía doce años- Yo tenía trece años. Nos llevaron a Maracaibo, pues estaba la Unidad Sanitaria. Estaba el Doctor Maldonado. Ahí nos hicieron un examen y resultamos positivos... nos mandaron para allá... a la Isla de Providencia”(Hermes).

Como se ve, en la etapa del control basado en el aislamiento los enfermos eran enviados compulsivamente al sitio de reclusión; acción que muchas veces se producía luego de la denuncia de algún vecino que se asumía como benefactor de la comunidad y que en el fondo estaba respondiendo, con su proceder, a los prejuicios propios del estigma.

Los afectados eran arrancados de sus familias, de sus actividades y de sus aldeas o ciudades. Esta separación de los suyos, es la segunda lección que dolorosamente debían aprender. Cuenta Hermes con relación a su llegada a la Isla:

“Un poco tristes, porque... estábamos... éramos unos adolescentes, unos muchachos y separarse uno de la madre Figúrese” (Hermes).

Es que el confinamiento implica la salida abrupta de los lugares conocidos y la ruptura de las relaciones en las que se había vivido, lo que necesariamente produce alteraciones en el individuo. Porque se deja atrás no sólo gente, sino sueños, ilusiones y proyectos de vida. La doctora Tovar, quien ha estado atendiendo a estos pacientes desde el cumplimiento de su residencia en la isla, lo expresa de este modo:

“... ¿Sabes que es triste?... que tú le digas a una persona que tiene lepra... y ‘venga pa’ ca y sáquenlo’. Tú tienes unos hijos y te dicen lo que tienes, te tienen que sacar en aislamiento: se

murió la familia, se rompió el grupo familiar... ¿Cómo quedaste tú?, ¿Cómo quedó tu familia?, ¿Ah?... por eso es que el paciente de antes tiene esa mentalidad” (Dra. Tovar).

Aún más, esta separación se profundizaba una vez que el enfermo era “depositado” en Providencia: el abandono por parte de la familia era casi absoluto. Ello en cierta medida era justificado apelando al argumento de las precarias condiciones económicas de los parientes y a la lejanía de los lugares de residencia. Pero lo cierto es que la mayoría de los que habían tenido pareja fueron abandonados desde el inicio de la reclusión; aunque algunos ya lo habían sido en el momento del diagnóstico, en virtud de las erróneas creencias en torno al contagio. Esa era la tercera lección: el internamiento libera a la familia del peligro de ser objeto del estigma y de la obligación de atender al enfermo, lo que conducía a su abandono. En ese sentido dice la Dra. Rodríguez, lepróloga:

“... Había casos donde sin necesidad, sin estar diagnosticado el paciente, solamente con decirle que tenía Hansen, lo aislaban inmediatamente... porque... al existir el leprocomio la familia pretendía aislarlo y meterlo allí, o sea, desentenderse ya del paciente completamente” (Dra. Rodríguez).

La salida que los internados encontraron a esta situación fue propiciar relaciones de amistad y de familiaridad con los iguales, que entre hombres y mujeres muchas veces llegaron a concretarse en uniones matrimoniales. Como explican trabajadores de la salud:

“... Allí los casos había... inclusive... parejas que vivían allí, ambos tenían la enfermedad. Cuando era así no había ningún problema” (Roberto).

“... Por lo menos Juana Chacón, Juana Chacón es enferma. Ella se casó con un enfermo...”

“... Los Manzilla, los Manzilla... La pareja es leprosa. Y tú la ves a ella... y no tiene nada... lisita ¿Entonces?... Que son pareja con pareja” (Dalia).

Como dice la Dra. Tovar:

“También se dio enlaces, que se vieron, se enamoraron y se casaron con su pareja ahí. Gente que había dejado... su pareja por fuera... su esposa... y la perdió... y por ello se casaron con otro paciente” (Dra. Tovar).

Lo que se ratifica en la narración de Rosa y de Hermes.

“... bueno, entonces él trabajaba en la cocina... pero en la noche había una hora de visita a la enfermería. Entonces él... la noche que fue... No sé, se enamoró mío y yo también de él. Y después todas las noches me iba a visitar. Pero cuando me dieron de alta, que ya yo... yo me fui para los pabellones, fue que me fui a vivir con él... bueno, pero vivíamos bien... Entonces, ya me pasaron a los pabellones, y ya yendo de allá fue que me mudé con el esposo mío. Y me fui a vivir con él. Y tuvimos tres hijos allá... En la Isla vivíamos así; porque no podíamos casarnos, ni poder hacer nada” (Rosa).

No obstante, como hemos dicho, estando la reclusión basada en una concepción estigmatizante, lo establecido era que los enfermos fuesen separados de sus hijos, que eran entregados al Consejo Venezolano del Niño. Tal práctica se mantuvo hasta el final en el Leprosario, a pesar de que en 1947 el Ministerio de Sanidad había resuelto que no se aislara al paciente de sus familias, puesto que no era necesario por las características de la enfermedad.

“Allá conforme se tenía un niño, el mismo día lo mandaban para el Consejo. Bueno, entonces tuve los tres niños allá. La última niña... por cierto que se me perdió, los dos primeros no. Pero la última niña que allá en la isla me la robaron” (Rosa).

Cuenta Rosa que por eso se fugaron de la Isla ella y su marido:

“Sí, nos fuimos por los niños; porque ya teníamos tres en el Consejo y pensábamos que esos niños no nos iban a aceptar como sus verdaderos padres legales, porque los tenían otras personas” (Rosa).

La situación era aún más dura, puesto que la convicción de algunos empleados del Leprosario -por ejemplo las monjas que lo administraron durante cuarenta y seis años- era que la afección era un castigo divino por los pecados cometidos. Y esa era la justificación del maltrato a que sometían a los enfermos.

Rosa dice al respecto:

“Una noche salimos así al frente de la enfermería, pero por el lado de la calle... así cerquita quedaba un negocio... entonces

me puse y salí, pero no le pedí permiso a la enfermera. Y por eso me encerraron en el “Perro”; en una broma que llamaban allá el “Perro”, pero eso era... ¿Cómo dijera yo?... este, como un calabozo; pues me encerraron como... como veinticuatro horas...” (Rosa).

“... Si llegaban a salir embarazadas, entonces los llevaban, los metían en un calabocito que apenas se podían acostar a largo, porque atravesadas no cabían” (Hermes).

“... Ahora lo que sí, fue bastante pesado el maltrato que uno recibía ahí, se recibía un maltrato bastante fuerte por parte de las autoridades que habían ahí... porque las autoridades que habían eran mandadas por una monja; y esas monjas... no será que yo tengo un remordimiento, pero son malas, malas, malas, en toda la extensión de la palabra. Porque allá se hicieron cosas que yo ví, que eso horrorizaba. Paraba el pelo. Después iban a llevar a uno obligatoriamente tenía que ir a rezar, obligatoriamente, quisiera o no quisiera y si por mala tentación se le caía un pancito de la mano, eso era una palazón y lo iban a meter con unos locos porque eso lo que había ahí eran unos locos bueno, lo llamaban el manicomio, la cárcel de allá la llamaban era el manicomio. Ahora, figúrese usted, una persona toda atrofiada porque el mal de hansen eso es lo que hace atrofiarlo a uno. Que vaya a llevar una paliza de ñapa..., mire, uno vivía ahí mal, vivía mal, vivía mal por ese motivo” (Hermes).

Si se consideran además los sufrimientos por la aplicación del tratamiento, se completa el cuadro de la situación del enfermo recluido en Providencia:

“...y el tratamiento eso era feroz; eso era malo, malo, malo. Porque figúrate que eso era un aceite que parecía valvulina de carro, eso había veces que pa’ inyectarlo había que ponerlo en ‘baño de María, pa’ poderlo inyectar. Entonces se atumoraba a uno... y eso era....” (Hermes).

La desesperación creada en esas condiciones condujo en algunos casos a la fuga como relata Hermes:

“De ahí vino la oportunidad de irme de esa isla... salirme de ahí porque ya estaba hastiado... ya estaba... quería verme li-

bre... Y me fui... me tiré al agua con la mujercita... Dispuestos a morir los dos..." (Hermes).

Restaría preguntarse qué sucedía cuando los enfermos, por una u otra circunstancia salían de Providencia. Veamos lo que dice María, una enfermera auxiliar que laboró durante veinticuatro años en la Isla:

"Los médicos de acá, de Maracaibo, cuando un paciente era trasladado para acá para Maracaibo..., es bueno, pues... eso lo apartaban.. no, ese tiene lepra... búscame guantes.. 'búscame esto; búscame esto; aquello, mascarilla, bata' ... y eso, hasta la sábana había que llevarle al paciente para poderlo acostar en una camilla" (María).

Es también elocuente el testimonio acerca de lo que sucedió con Rosa y su familia, tiempo después de haberse fugado con su esposo de Providencia.

"... cuando vivimos en los Andes... pusimos esos muchachos en el colegio; entonces como toda la gente por allá sabían que éramos enfermos... entonces, todos los niños, los otros niños, les gritaban a éstos: leprosos y cuando... siempre peleaban con ellos; siempre se apartaban de ellos, les tiraban piedras a los hijos míos. Y los hijos míos se agarraban con varios muchachitos allá... por eso. Sí, se esperaban; porque... porque entonces ellos, por fregar la vida nada más, cuando salían del colegio hasta la casa, tomaban una carretera larga. Bueno, entonces, todo el tiempo era gritándoles: Leprosos . Entonces éstos les esperaban y se agarraban con ellos. Entonces por ese motivo. Entonces, por ese problema, allá tuvimos muchos problemas con los estudios de ellos... Y eso que ninguno es enfermo; ellos se han hecho exámenes con médicos especialistas y, no, no... ellos no tienen ninguna... la enfermedad"

"... la maestra tampoco le decía nada..., la maestra no les decía nada, porque la maestra... Delante de la maestra también les decía leprosos y leprosos y la maestra tampoco no... Porque yo fui varias veces a hablar con la maestra, a ver si ella podía... bueno, que... sin que hablara con los muchachitos, con los niños; porque no..." (Rosa).

Del conjunto de situaciones que han sido presentadas, se podría destacar el más abierto y brutal rechazo hacia los enfermos en la etapa

del tratamiento basado en el confinamiento. No obstante, habría que concluir que lo fundamental son las consecuencias del estigma. Desde el punto de vista de la personalidad de enfermos nos encontramos frente a un individuo angustiado, lleno de temores, algunas veces violento y casi siempre cargado de resentimientos. En lo que respecta a las familias de los afectados, estamos en presencia de grupos deshechos desde el mismo momento del diagnóstico. Y en lo que tiene que ver el sostenimiento del paciente se concreta una situación en la que se convierte en una carga para el estado, que además de asumir el financiamiento de las operaciones cumplidas en la isla, se veía obligado a mantener las pensiones de por vida, dado que el aislamiento sacaba al enfermo de la fuerza laboral.

Como ocurrió en el momento del desalojo de Providencia, en 1986, alguien puede derivar ventajas de lo que significó la vida en la isla. (Alvarado, 1986). El argumento básico es que constituía una comunidad de iguales, que protegía del estigma. Sin embargo, como ‘Institución Total’ (Goffman, 1961), tanto como la cárcel, no facilitó la interacción, puesto que su existencia estaba basada en la protección de la sociedad “sana” y no en la recuperación del afectado como persona, que, en la mayoría de los casos podía trabajar, estudiar y ser productivo.

2.3. El Control Ambulatorio: impacto en la estigmatización

Con la demostración de la eficacia de una serie de compuestos de Sulfona para el tratamiento de la Lepra, por parte de Faget y Colls, del Centro Nacional de Hansen en los Angeles (USA), se inició en 1941 la era moderna de la quimioterapia. Así, la notable acción de la Dapsona, en la década de los ‘50, modifica radicalmente su concepto, lo que tuvo un profundo impacto en el enfoque del control. A partir de allí se consideró que “no era necesario el aislamiento de los enfermos e incluso los pacientes infecciosos pudieron ser tratados en regímenes ambulatorios y domiciliarios. Las clínicas y los servicios móviles de tratamiento comenzaron a asumir un papel primordial en los proyectos de control de la Lepra” (OMS, 1988:23).

Se planteó, entonces, la utilización de los Sistemas de Salud para el diagnóstico oportuno y el suministro adecuado del tratamiento. En este nuevo contexto, en el que se intenta integrar al paciente a su medio familiar y social, a través de diferentes mecanismos, no tienen sentido los lugares que servían de refugio y control social de la enfermedad.

En Venezuela, en 1947, se decreta el fin de la etapa del confinamiento compulsivo y se inician los programas ambulatorios con enfoque epidemiológico (VII Congreso de Salud Pública, 1986). Sin embargo, no es hasta Agosto de 1985, con la evacuación de la Isla de Providencia, cuando termina una larga etapa en la historia del Control de la Lepra. Los pacientes crónicos (incapacitados, desvalidos) fueron trasladados hacia el nuevo hospital antihanseniano (“Cecilia Pimentel”), que aún se mantiene en funcionamiento, no se sabe obedeciendo a qué intereses. La casi totalidad de los afectados son atendidos bajo el enfoque ambulatorio en la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo, a donde sólo tienen que ir cada quince días, en su gran mayoría, para recibir la dotación de los medicamentos y para ingerir, delante de algún miembro del personal, la dosis de Clofazimina (o Lampren) y Rifanpicina.

El cambio, pues, ha sido notable; sin embargo, la desaparición del Leprocomio de Providencia no ha sido recibida por la sociedad como el mensaje que se pretendía: ‘los enfermos no tienen porque estar aislados, no es necesario el confinamiento’; que hubiera significado una automática reducción del estigma. Tal vez porque se mantuvo otro reclusorio (Hospital “Cecilia Pimentel”), a los zulianos se les ha dificultado superar los prejuicios. A pesar de que la enfermedad se ha hecho invisible (o tal vez por ello) puesto que el tratamiento multimedicamentoso detiene efectivamente las lesiones y deformidades.

Podría afirmarse que la actitud de los familiares hacia pacientes que estuvieron en Providencia y ahora recludos en el “Cecilia Pimentel”, se mantiene porque no han podido captar los alcances de la nueva estrategia. Veamos lo que cuenta una enfermera con amplia experiencia en ambos lugares.

“... muchos de los que están ahí... los han tirado ahí y no han vuelto más. Incluso ahorita está un señor que viene... de Mérida... bueno, ahí llegó la familia y viene de... bueno, pues ... Claro que siempre vienen... pero... Ese señor no tiene úlcera; ni tiene nada. Muy bien lo pueden tener allá en el tratamiento... Y Allí lo tienen. Ellos vienen y todo, pero no debía ser...”
 (Dalia).

Quizá lo que expresa mejor la vigencia del rechazo es el testimonio de alguien que vivió las dos etapas del control, cuando habla de hacer conocer a la gente su afección:

“...Y, por lo menos a los vecinos... hay unos que sí; pero hay otros que no. Porque usted sabe que muchos todavía tienen el terror que se les había infundido; entonces lo van a tratar a uno como un perro sarnoso... Y ese es el motivo por lo que uno anda mintiendo... que se vuelve uno hasta embustero, es por eso, por los desprecios que pueda llevar... y eso arde... arde en cualquier alma. No vaya a creer “ (Hermes).

Para analizar mejor la situación del estigma en esta etapa, es conveniente profundizar en los diferentes planos en los que discurre la vida de los enfermos. Veamos primero lo relativo a la actitud de la familia.

En general, podría señalarse la existencia de una actitud más comprensiva y solidaria por parte de los familiares más cercanos. Ello puede deberse, fundamentalmente, a las labores de educación y orientación cumplidas por la Unidad de Dermatología Sanitaria, que involucran a los padres, parejas e hijos de los enfermos. Como explica el Jefe de los Inspectores Sanitarios:

“A la larga nosotros vamos a conseguir que ese paciente... mediante visitas a su casa o las visitas de sus contactos al ‘Servicio’, vamos a conseguir de que el paciente sea aceptado... por la familia... Es muy poco los casos en que la familia... o que el paciente sienta rechazo por la familia. Si lo ha habido, pero son muy poco frecuentes. Actualmente... el programa, la actividad que tiene... nos ha dado un resultado muy positivo en cuanto a eso... entonces, los casos que nosotros vemos son generalmente... en que la familia acepta la enfermedad, trata al paciente de una forma normal. Inclusive con mucha colaboración. Y el paciente... se coloca en tal situación emocional muy estable” (Inspector Cedeño).

Eso lo corrobora un paciente, cuyo diagnóstico data de hace 5 años, con su satisfacción por el trato que le dan sus parientes:

“.. yo tengo una tía que eso es... bueno pues ... y mis tíos todos: tía Angela, tío Eugenio, tío Eudilio..., toditos ellos. Yo sé que mamá les habrá dicho; pero ellos me dicen así como si no fuera nada y mi tío Eudilio tiene un hijo Doctor; quizás él les habría dicho que eso no se pega después que uno está en tratamiento; Porque tienen que haberle dado una charla, o algo, sobre eso” (Lilia).

No se trata sólo de que los pacientes niegan haber sido objeto de rechazo por parte de su familia, sino también de que en su percepción sus parientes mantienen relaciones estrechas con ellos, lo que los hace sentirse protegidos. Eso según resultados de la investigación anterior sobre la representación social de la lepra (Romero Salazar, et al, 1994).

Estos son cambios que se expresan más claramente en lo atinente a las relaciones de pareja, entre aquellos pacientes que las tienen. Según los testimonios, es el área donde ha actuado con mayor efectividad la UDS. Veamos lo que cuenta Lilia:

“Entonces, él... fuimos al otro día para que la Doctora. Entonces ella habló con él y él lo aceptó... él se portó muy bien conmigo. La Doctora le dice ‘el gordo... ese gordo vale lo que pesa y, vale bastante porque es gordo’. Entonces no me ha rechazado; desde el primer momento él siempre me ha ayudado” (Lilia).

Más interesante es lo que narra Martín con relación a la joven que aún era su novia:

“la mamá de ella me preguntó que qué tenía yo... Entonces yo le dije que lo que tenía era Hansen...Entonces la mamá también trabajaba en un Hospital, en el Universitario, y vino y averiguó lo que era eso. Vino y intentó retirarme así del lado de la hija de ella; pero ella no le prestó atención. Decía que eso no se ‘pegaba’:... pa’ que le iba a tener miedo a eso, si eso lo tenía to’ el mundo” (Martín).

No obstante, junto a la aceptación por parte de la pareja, pueden ocurrir, al menos tres tipos de situaciones:

a) que el paciente, ocultando su afección -convencido que de esa forma protege a su familia-, se niega a mantener relaciones sexuales con su pareja. Explica el señor Cedeño -Jefe de los Inspectores Sanitarios-, al respecto:

“... el paciente oculta, trata de ocultar lo que tiene... Eso trae un problema porque él trata, o ella trata, de aislarse... de no tener contacto sexual con ella. Si esa persona, o ambos, son bien orientados eso no sucede... la vida sigue en forma normal... las relaciones son muy normales” (Inspector Cedeño).

b) que el paciente evite, aún cuando su pareja esté convencida de que no será contagiada y le brinde apoyo. Como expone Lilia en torno a las modificaciones de la relación con su marido:

“... a veces... si han cambiado; pero no por él, sino por mí... No por él. El le ha dicho a la Doctora que si eso más bien... porque yo hay veces que siento un fastidio, una cuestión. Y la relación entre nosotros está un poco... Pero es por mí, porque yo sé que él no me rechaza, ni nada. En cambio yo a él lo rechazo y él se siente mal” (Lilia).

c) que la pareja abandone al paciente, a pesar de los esfuerzos de orientación del personal de Dermatología Sanitaria. El señor Cedeño presenta de esta manera:

“Sin embargo... a veces no se puede llegar hasta allá. Porque siempre puede existir una barrera que impida que nosotros lleguemos a dar una... a cubrir a todos los familiares, inclusive a la esposa o al esposo. Y entonces... y puede ocurrir de que se separan: ‘No chico, la mujer me dejó... se fue, me dejó’...” (Inspector Cedeño).

Conviene ahora pasar revista a lo que actualmente sucede en el plano más amplio de las relaciones comunitarias, con los vecinos y con las amistades establecidas alrededor de aquellas. Al respecto, podría adelantarse que en virtud de la desinformación y los prejuicios sobre la lepra, aunque la situación se haya podido suavizar, la actitud de rechazo sigue siendo importante. Lo que ya se anunciaba en las acciones tomadas por quienes habitan el sector donde fue instalado el nuevo Hospital Antihanseniano; como lo narra Dalia, la enfermera:

“Muchos de ahí se iban a mudar y le llegaron a decir al Doctor que ¿Por qué iba a hacer ese hospital ahí? Porque se les podía pegar”.

“Entonces la señora fue a vacunarse enseguida porque eso iba... Y vendió la haciendita de al lado..., la vendió” (Dalia).

Martín testimonia:

“Al amigo mío le dijo la mamá que no andara más conmigo... uña y carne, yo y él... que no andara más conmigo, que tal..., que yo no llegara más a su casa. Entonces yo me puse a llo-

rar... ese día lloré bastante... me dolía, pues, que por medio de una enfermedad me fuera a separar del mejor amigo que tenía yo. Todavía sin embargo, aquí como estoy me acuerdo de eso y me duele”.

“... Ella dice que no quiere ningún carajo enferma para su hija. Puede que tenga razón; pero no toda la razón porque ella no sabe si la enfermedad se cura o no” (Martín).

Rosa cuenta lo que ocurrió con su hija, que no tiene lepra:

“... no se casó por eso; porque cuando el novio se dio cuenta de que yo era enferma... bueno... hasta allí llegó todo... y eso que ellos ya tenían todo preparado para casarse... todo listo” (Rosa).

De realizarse, es posible que la actividad educativa de la UDS en las comunidades tenga alguna efectividad; el problema es que eso no puede ser evaluado puesto que, en general, los enfermos ocultan su afección. Eso se había puesto en evidencia en los resultados anteriores (Romero Salazar y otros, 1994), según los cuales el 60% de los propios pacientes admite hacerlo frente a los vecinos y los amigos, siendo que el 80% manifiesta el temor de ser rechazado por ellos.

Irma, Janeth, Lilia, Rosa y, en menor grado, Hermes y Martín han mantenido en secreto su problema. Como dice Janeth:

“No, no quiero... porque en el medio en que yo me desenvuelvo, no es quedarse callado, es hacer comentarios. Ahorita yo no confío en nadie” (Janeth).

Relata Martín como luchaba por enmascarar su enfermedad:

“Yo trataba, más bien de ocultar delante de todos que yo tenía la mano derecha fregá” (Martín).

Lilia explica sus razones:

“Porque hay veces que la gente destruye mucho... Porque yo pienso que con decirles... ¡Nooo!... Entonces lo rechazan a uno. Yo no he tenido con mi familia pero quizá con un extraño sí... Está la vecina, ésta que tengo aquí al lado... Una vez vinieron los Doctores a visitarme y ellos estaban pendientes de por qué venían... yo no sé qué más. Bueno, a la del otro lado le tengo confianza, pero, yo digo: llegaré el momento en

que yo le diga a la señora esta, porque ella siempre me ve y me pregunta y como me ve tan mal Y se preocupa mucho sin saberlo; pero... quizás... si, algún día se lo diré... yo veré. Pero la gente destruye, solamente con decirles eso lo ven a uno como si uno fuera un microbio para ellos” (Lilia).

El paciente, aún en tratamiento ambulatorio oculta su atributo, ya que en el proceso de aprendizaje asume la posición de los sanos y va adquiriendo los elementos de la nueva identidad con la cual aparenta ser normal. Explica el Sr. Cedeño:

“... él conserva ese... el estigma de que ya creó el repudio; aunque el sepa de que no es... de que la enfermedad no es como la pintan, no es como le digan; pero él se siente... él no quiere que la gente sepa” (Inspector Cedeño).

Y como lo confirma el Doctor Roca:

“Si, la mayoría tratan de ocultar... pues todos en si ocultan la enfermedad; no quieren que sepan que es lepra, ni que es han-sen ni que es lázaro. Ellos tratan de ocultar el cien por ciento por temor al rechazo. Tienen un negativismo... Por eso no quieren que sepan que son hansenianos” (Dr. Roca).

Pareciera que el deseo de llevar una vida “normal” lo conduce al ocultamiento, pues, a pesar de su conocimiento de la enfermedad, el paciente sabe de las arraigadas creencias con respecto a la lepra y se anticipa al comportamiento de los demás.

Esto incluye a los amigos ante los cuales podría decirse que actúa con desconfianza, que es un rasgo de personalidad señalado por Vivianne de Rojas (1993).

De esta manera lo expresa el Inspector Cedeño:

“... el paciente hanseniano... él generalmente trata de que nadie lo conozca. Pero como es... como todos... Como el trata de hacer su vida lo más normal posible... él sigue con ciertas amistades; que él tiene; que son verdaderos amigos... sin comunicarles. Generalmente sin comunicarles lo que tiene. El sigue siendo... manteniendo su relación de amistad... la conserva” (Inspector Cedeño).

En algunos casos se llega a una situación de ostracismo como la que expresa Janeht:

“No quiero que nadie se entere. De hecho me he apartado de mis amistades. Yo me encerré aquí en mi casa. A mis amigos sí los trato; pero no igual que antes... Entonces no quiero que nadie me hable... ni me pregunte qué es lo que me pasa. Yo no quiero hablar... o sea eso es mío, de más nadie” (Janeth).

La actitud de los otros está determinada por la específica situación del paciente, que en buena medida, los induce a buscar información con relación a la enfermedad. Es lo ocurrido con Martín, un joven de 17 años, extrovertido, quien habla de los cambios ocurridos en la mamá de su mejor amigo y en otros jóvenes del barrio, luego de una visita a la UDS:

“... después, con el tiempo, la señora se dio cuenta que estaba haciendo un error... que porque ella fue pa’ la Sanidad y averiguó. Allá en la Sanidad le dijeron que eso lo tenía to’ el mundo, lo que pasa es que a unos se les desarrolla más que otros. Después, de ahí fue que otra vez me vino a dar confianza; se volvió a venir el hijo. Entonces yo ando otra vez con el hijo... La señora allá a mí me tiene un cariño y ella se dió cuenta de eso y no me rechazó. Lo que hace es que me ayuda. Bueno, esta mañana me mandó el desayuno”.

“... y los amigos míos que fueron un martes... fueron pa’ la Sanidad y le dijeron lo que tenía yo. Así que cuando ellos fueron... así que llegaron a mi casa y me dijeron: ‘nosotros fuimos pa’ tal parte’. Yo pensaba que ellos me iban a sacar el cuerpo... y que tal... No, al contrario, me dieron más bien la mano” (Martín).

Tal vez el plano donde mejor se muestre la situación es en la esfera laboral, en lo relacionado con el empleo y la actividad estudiantil, sobre todo por sus implicaciones económicas tanto para la familia como para el estado, pues la profundidad del estigma (rechazo-inhabilitación) puede hacer que el enfermo se convierta en una carga.

Como en el caso de los vecinos y amigos, aquí el aspecto fundamental es el ocultamiento, en tanto el paciente asume que la mejor protección ante el rechazo es que se ignore su afección. Por eso, según los resultados anteriores la mayoría de los enfermos que tienen un empleo declara no haber enterado ni a su patrón o jefe, ni al sindicato, ni a los compañeros del trabajo (Romero Salazar y otros, 1994).

Esto sucede en un contexto en el cual, al detenerse, con el tratamiento, las lesiones y deformidades, el padecimiento no es perceptible, lo que facilita que el enfermo maneje la información de acuerdo con su interés. Ello podría significar una ampliación de las posibilidades de una integración al mundo del trabajo o a la vida de estudiante, si fuese el caso, que no está basada, como es obvio, en una mayor comprensión del contagio y las manifestaciones de la enfermedad -y, en consecuencia, en un mayor nivel de aceptación del afectado-. En estas condiciones, pareciera que no se hubiera avanzado mucho en lo que al estigma se refiere.

El caso es que en la actualidad el paciente, por su propia situación, realiza labores que significan una remuneración. Lo que ocurre fuera de los cuadros neuríticos, dado que los grados menores de incapacidad -I y II- no suponen inhabilitación. Dice la Dra. Rodríguez con respecto a los pacientes atendidos en la UDS:

“... siempre y cuando están fuera de la etapa aguda de la enfermedad, de los brotes reaccionales, ellos pueden cumplir con sus labores y trabajos. Aquellos que están en capacidad de hacerlo no se les impide para trabajar... y ellos generalmente, mientras no tengan incapacidad de mano o pie, se desempeñan en cualquier labor como cualquier persona normal” (Dra. Rodríguez).

Cuentan el Inspector Cedeño y Dalia, la enfermera, acerca de las ocupaciones y oficios de los pacientes de ahora:

“... todo tipo de trabajo, todo tipo... Generalmente todo, todo. Porque la mayoría de los pacientes desde el ochenta y seis para acá... la mayoría de los pacientes no tiene problemas de incapacidad o de discapacidad que les impida, pues, hacer trabajos... es indiferente” (Inspector Cedeño).

“...Bueno, y ellos... ¡uff! Yo voy al Centro y hay zapateros y todo ahí... Hay como cuatro zapateros leprosos” (Dalia).

Es que la orientación de la UDS se dirige hacia que el paciente no se inhabilite:

“Ellos siguen haciendo su trabajo; si es ingeniero sigue siendo ingeniero. Ellos siguen haciendo sus funciones... siguen trabajando” (Dr. Roca).

Tal cosa ocurre en un cuadro de ocultamiento que tiene, al menos, tres dimensiones: una que involucra al paciente -que ya ha sido referida-, otra que implica al médico tratante y la última que envuelve al patrón o jefe.

En el segundo caso el médico no participa al empleador de su paciente la enfermedad que éste tiene. La Dra. Rodríguez lo justifica de la siguiente manera:

“Como no interesa que a nadie lo boten del trabajo y lo que interesa es que la persona se integre a la sociedad, al trabajo... generalmente lo tratamos por aquí, sin dar ninguna información al patrono... Simple y llanamente le pedimos al paciente que ubique otros casos que vea en la compañía” (Dra. Rodríguez).

Con este proceder pone en evidencia que está consciente de la escasa posibilidad de encontrar comprensión para sus pacientes, por lo cual asume una actitud de protección.

En el caso del patrón, si no despidió al empleado enfermo, comparte su secreto, pero de alguna manera crea un espacio de trabajo aislado o genera unas condiciones en las que se minimicen los contactos con los otros. Sin embargo, esto no es lo más corriente, pues en casi todos los casos, a pesar de la labor de la Unidad de Dermatología Sanitaria, el enfermo es despedido.

CONCLUSIONES

El cambio de modalidad del control de la Lepra ciertamente podría posibilitar una rebaja del estigma. Ello en virtud de que la no existencia de los reclusorios funcionaría como efecto de demostración, en el sentido de que no son necesarios por las características de la afección, que se asumiría como no contagiosa.

No obstante, en el caso estudiado, se diría que la enfermedad se ha hecho invisible como consecuencia, tanto de la desaparición del leprosario de la Isla de Providencia, como porque la polioquimioterapia detiene y minimiza las lesiones y deformidades. Se trata, entonces no de una reducción del rechazo y de la aversión hacia el afectado, sino de la pérdida de contacto con la realidad de la lepra.

La permanencia del estigma se concreta en el trato que reciben los enfermos cuando se conoce su padecimiento: los testimonios que hemos presentado son elocuentes. Es que la actitud ante la afección está basada en arraigados prejuicios, que no son superados con la eliminación del confinamiento. En tal sentido, para la gente la lepra sigue siendo la lepra, y un leproso sigue siendo un leproso (valga la redundancia).

De verdad que la afirmación es bastante fuerte; pero, mientras lo predominante sea la desinformación y las falsas creencias, la situación seguirá siendo la misma.

En nuestro caso, se comprueba como la acción orientadora de los servicios puede modificar esa realidad. Solo que, por la forma como se cumple, la cobertura no va más allá de la familia del paciente. Mientras éste, de conocerse su afección, es maltratado por los vecinos, abandonado por los amigos y despedido del trabajo. Y su respuesta es el ocultamiento.

Si se lograra incorporar a los programas de educación básica y acceder a los medios de comunicación de masas para proporcionar la información científica, la situación descrita podría comenzar a cambiar. Sin embargo, a algunos quienes conducen el programa de control esto les parece contraproducente. Y si esta posición se hace dominante, habría que esperar que se acabe el estigma cuando se elimine la lepra.

Bibliografía

- ALONSO, F. 1977. **Historia de los Leprocomios de Venezuela: Isla de Providencia y Cabo Blanco**. Logroño. S/c.
- ARRIETA, O. 1986. **Historia de Algunas Enfermedades y Medicamentos**. Edición de la Universidad del Zulia. Maracaibo (Venezuela).
- BAKIRTZIEF, Z. 1997. **En busca del Amarradero de la Cura de la Lepra**. Espacio Abierto. Vol. 6, N° 2. Maracaibo (Venezuela).
- BARRETO, L. 1993. **Hanseniasse Representacoes sobre a Doenca**. Escola Nacional de Saúde Pública (Mimeo), Río de Janeiro (Brasil).
- BERLINGUER, G. 1988. **A Doenca**. Hucitec. Sao Paulo (Brasil).
- BROWNE, S. 1963. Leprosy: The Christian Attitude. **International Journal of Leprosy**.
- DINIG, S; DYNES, R & CLARKE, A. 1969. Deviance-studies in the Process of Stigmatization and Societal Reaction. Oxford University Press. New York.

- DENIZ, O. 1960. Profilaxia da Lepra. **Boletín do Servicio Nacional de Lepra**. Año XIX, Nº 1.
- GOFFMAN, E. 1961. **Internados**. Editorial Amorrortu. Buenos Aires (Argentina).
- GOFFMAN, E. 1970. **Estigma**. Editorial Amorrortu. Buenos Aires (Argentina).
- M.S.A.S.-Venezuela. 1971. **Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social**. Nº 1 y 2, Marzo-Junio. Caracas (Venezuela).
- O.M.S. 1988. **Una Guía para el Control de la Lepra**. Madrid (España).
- ORTEGA, A. (s/f). **Sacerdote Venezolano, Mártir de la Lepra**. (Mimeo), S/c.
- POIRIER, J.; CLAPIER-VALLADON, S.; y RAIBAUT, P. 1983. **Les Recits de Vie. Theorie et Practique**. Presses Universitaires de France (Mimeo), París.
- RODRIGUES, J. C. 1983. **Tabú do Corpo**. Editorial Achiamé. Río de Janeiro (Brasil).
- ROMERO SALAZAR, A.; PARRA, M. C; MOYA, C.; SALAS, J. y RUJANO, R. 1995. El Estigma en la Representación Social de la Lepra. **Cadernos de Saúde Pública**. Volumen 11. No. 4. Río de Janeiro (Brasil).
- SKINSNES, O. & ELVORE, R. (1970). Leprosy in Society V. Leprosy in Occidental Literature. **International Journal of Leprosy**.
- VII Congreso de Salud Pública. Programa de Control de Lepra en Venezuela. **Ponencias**. Tomo II (Mimeo), Caracas (Venezuela).