

Proyecto Iberoamericano de Divulgación Científica
Comunidad de Educadores Iberoamericanos para la Cultura Científica

LEPRA: EL ENFERMO IMAGINARIO



REFERENCIA: **1MMG11**

Los retos de la salud y la alimentación

Historia de la medicina

Lepra: el enfermo imaginario

La lepra medieval fue, en cierta medida, una enfermedad imaginaria. Tanto que dos convicciones antiguas que informan su tradición –una popular, la de que los leprosos perdían las extremidades; la otra, propia de los historiadores, la de que los leprosarios sirvieron como arbitrarios centros de reclusión– sólo pudieron refutarse a partir de investigaciones de los años '50.

Por Matias Alinovi

Lo característico de la lepra medieval, que resurgió en Europa el año de la primera cruzada, 1099, fue la distancia entre la enfermedad y el diagnóstico, que ejercía sobre el enfermo el máximo poder arbitrario de la prescripción. Ningún otro diagnóstico alteró tanto la vida de los enfermos y ninguna otra enfermedad se diagnosticó sobre signos más débiles, más variables, menos concluyentes. Hubo desde el principio una idea de máxima pendiente en la lepra: el diagnóstico más incierto alteraba del modo más definitivo la vida de los hombres. Si el diagnóstico de un apestado se fundaba en los bubones que nacían en las ingles o en las axilas, y podía ser confirmado, o no, por la muerte, la lepra no mataba, y era el diagnóstico mismo el que condenaba a la muerte en vida.

El motivo central de la crónica histórica de la lepra es la construcción de la figura del leproso. O mejor, de la figura del leproso y de la institución compleja destinada a albergarlo: el leprosario. Entre la figura y la institución existió siempre una falsa idea de complementariedad, de causa y efecto. Hoy sabemos que el encierro del leproso era innecesario. Encierro obligatorio (e innecesario) para el leproso; libertad para el apestado, proclamada la inutilidad de su exclusión por la teoría del miasma.

Sobre los leprosarios, oscura institución medieval, se ha afirmado todo. Que lograron el aislamiento sanitario imprescindible que acabó ahogando la lepra antes del siglo XVI. Que eran lugares de encierro y de exclusión arbitraria de aquellos a quienes la autoridad política o eclesiástica consideraba indeseables. Que lo más difícil de encontrar en un leprosario medieval era un leproso, puesto que toda reclusión era debida a la confabulación de un entorno que aprovechaba cualquier erupción imprecisa de la piel para lograr el encierro. Donde hay encierro hay arbitrariedad, agravada quizás por la ambigüedad del diagnóstico. Y la idea del encierro arbitrario acompañó desde el principio la historia de la lepra. Decía Voltaire que los sacerdotes judíos, sin curar la lepra, apartaban a los sarnosos de la sociedad, y que a través de ese acto adquirían un poder prodigioso, porque todo hombre atacado por el mal era encarcelado como un ladrón, de modo que una mujer que quería deshacerse de su marido no tenía más que sobornar a un sacerdote.

La facies leprosa

La moderna investigación patológica ha demostrado que la lepra avanzada no sólo ataca el tejido de la piel, sino que eventualmente puede corroer el hueso alrededor de la cavidad oral y de la nasal, como resultado de una rinitis crónica. La caracterización de esa patología, llamada facies leprosa, se debió al investigador alemán Möller-Christensen, quien hacia 1945, excavando una serie de tumbas medievales, encontró el esqueleto de una mujer cuyo cráneo presentaba alteraciones patológicas nunca vistas hasta entonces.

Ante la posibilidad de que aquellas alteraciones fueran debidas a la lepra, Möller-Christensen excavó el cementerio del leprosario medieval de Naestved, en Dinamarca. Luego amplió pacientemente sus investigaciones, excavando leprosarios en el Cercano Oriente, y finalmente logró caracterizar con precisión la patología.

Möller-Christensen sabía –como lo sabemos hoy– que el noventa y cinco por ciento de los individuos son naturalmente inmunes a la enfermedad. De modo que la facies leprosa le presentaba la extraordinaria posibilidad de estudiar la incidencia de la lepra en el leprosario medieval y decidir sobre la arbitrariedad del diagnóstico y de

la exclusión. Generaciones de historiadores habían argumentado a favor o en contra de la arbitrariedad, y a través del descubrimiento de la facies leprosa Möller-Christensen podía diseñar una suerte de experimento arqueológico crucial que decidiera sobre la verdad de los argumentos de los historiadores. Si la evidencia arqueológica demostraba que la incidencia de la lepra era del orden del cinco por ciento, o menor, la arbitrariedad estaba probada, puesto que la proporción de leprosos en el leprosario medieval habría sido la misma que la del exterior. Möller-Christensen, quizás influido por sus lecturas, estaba casi seguro de que así sería. Pero lo cierto es que de los quinientos esqueletos que exhumó, el setenta por ciento presentaba signos inequívocos de facies leprosa. Y su estudio, inesperadamente, arrojó serias dudas sobre la tan remanida arbitrariedad de la exclusión del leprosario medieval.

La gloria del dolor

Hoy sabemos que hay dos tipos de lepra, la tuberculosa y la lepromatosa; que la mayoría de los enfermos desarrolla una forma intermedia que avanza o retrocede hacia esas dos formas extremas; que la lepra puede transmitirse a través de las secreciones nasales –del estornudo– pero que la enorme mayoría de los individuos nunca desarrollará la enfermedad.

Es decir, el conocimiento moderno sobre la enfermedad parece venir a corroborar que, de algún modo, con la lepra se ha operado la construcción de una enfermedad imaginaria –que es muy contagiosa, que cercena las extremidades, que exige la estricta reclusión de los enfermos, que se contagia con un beso– que no se corresponde con la enfermedad real –muy poco contagiosa debido a la inmunidad natural de casi todos los individuos, que no exige la reclusión, ni cercena los miembros–. Y esa operación ha sido tan eficaz que sólo en los años '50 se comprobó que la lepra no pudría la carne, como siempre se había creído.

El caso es curioso. Cuando el médico inglés Paul Brand se unió al cuerpo médico del Christian Medical College & Hospital, en Vellore, India, un sanatorio donde se trataba a los enfermos de lepra, lo primero que le llamó la atención fue que sus pacientes sólo perdieran dedos de la mano o del pie durante la noche. Era el año 1946. Decidió entonces investigar la cuestión, y para ello dispuso que se mantuviera determinada gente despierta, por turnos, vigilando el sueño de los leprosos. Descubrió, para la estupefacción de todos, que eran las ratas las que roían los dedos de sus pacientes. Los pacientes de Brand, insensibles al dolor, no despertaban.

Brand entendió entonces que la mayor parte de las lesiones de los pacientes con lepra eran el resultado de la insensibilidad de la piel, y no la causa directa de la acción de la enfermedad. Cuando la sangre dejaba de circular por las extremidades, las terminales nerviosas morían, y la ausencia de la sensación del dolor hacía que cualquier lesión, incluso diminuta, llevara a un deterioro permanente de los tejidos.

El Dr. Brand era creyente, y eso lo llevó a desarrollar una conclusión moral sobre la necesidad del dolor, a considerarlo un don divino y a escribir un libro –El dolor: el don que nadie quiere– para exponer su doctrina. El libro admite descripciones escalofriantes sobre los resultados de la insensibilidad en los pacientes leprosos, cuestiona la búsqueda del placer en la sociedad occidental y concluye que una vida sin dolor no es ni imaginable ni deseable; que el intrincado balance entre dolor y placer es uno de los misterios de la vida, por el que debemos agradecer a Dios.

Extraordinaria desde el punto de vista científico, la investigación de Brand no lo es menos como ejemplo de utilización ideológica de la enfermedad. El Dr. Brand vuelve a convertir la lepra en argumento del proselitismo cristiano; en símbolo, esta vez invertido. Si el leproso medieval debía agradecer a Dios por sus padecimientos, que constituían un camino de redención, una vez descubierto el fenómeno de la anestesia de la enfermedad, el sano moderno deberá agradecerle por sentir dolor físico, una experiencia parcialmente vedada al leproso.

Link a la nota:

<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/suplementos/futuro/13-2157-2009-06-05.html>



CENTRO DE ALTOS
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
CENTRO DE ALTOS
ESTUDOS UNIVERSITÁRIOS



Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo

Proyecto Iberoamericano de Divulgación Científica
Comunidad de Educadores Iberoamericanos para la Cultura Científica

Ficha de catalogación

Título:	Lepra: el enfermo imaginario	
Autor:	Matías Alinovi	
Fuente:	Página 12 (Argentina)	
Resumen:	El estigma social ha acompañado históricamente a determinadas enfermedades. La lepra ha sido un caso paradigmático. El diagnóstico era incierto pero el pronóstico seguro: un encierro de por vida en el leprosario. Hay muchos mitos sobre las características reales de esta enfermedad y sobre la función de esas instituciones como dispositivos de exclusión social en la Europa medieval. Un análisis de esos mitos ayuda a entender históricamente esa enfermedad y quizá otras.	
Fecha de publicación:	30/05/09	
Formato		Noticia
	X	Reportaje
		Entrevista
		Artículo de opinión
Contenedor:	X	1. Los retos de la salud y la alimentación
		2. Los desafíos ambientales
		3. Las nuevas fronteras de la materia y la energía
		4. La conquista del espacio
		5. El hábitat humano
		6. La sociedad digital
		7. Otros temas de cultura científica
Referencia:	1MMG11	



CENTRO DE ALTOS
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
CENTRO DE ALTOS
ESTUDOS UNIVERSITÁRIOS



Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo

Proyecto Iberoamericano de Divulgación Científica
Comunidad de Educadores Iberoamericanos para la Cultura Científica

Propuesta didáctica
Actividades para el alumnado

1. Señala cuáles de las siguientes afirmaciones son verdaderas y cuáles falsas teniendo en cuenta lo que se dice en el artículo sobre la lepra:

1. La lepra resurgió en Europa en 1909.	V	F
2. En la lepra había una enorme desproporción entre el diagnóstico y la prescripción. El primero era muy incierto, la segunda muy definitiva.	V	F
3. La figura del leproso y la institución del leprosario estaban estrechamente relacionadas en la Edad Media.	V	F
4. Era muy conveniente aislar a los leprosos. A diferencia de la peste, la lepra es una enfermedad altamente contagiosa.	V	F
5. A los leprosos se les caen las extremidades.	V	F
6. Möller-Chistensen diseñó una especie de experimento arqueológico que demostró que en los leprosarios, médicamente inútiles, había una proporción mucho mayor de enfermos de lepra que en el exterior.	V	F
7. Los efectos y las formas de contagio de la lepra resultaban tan imaginarios como la supuesta función de los leprosarios como lugares de exclusión arbitraria.	V	F
8. Sólo en los años cincuenta se llegó a saber que la lepra no pudría la carne como se pensaba antes. La insensibilidad de la piel era la verdadera causa de las lesiones que inadvertidamente se producían en los enfermos de lepra.	V	F
9. El Dr. Paul Brand quiso extraer una idea moral a partir de sus investigaciones: el dolor es un don divino por el que debemos estar agradecidos.	V	F
10. No es posible utilizar a las enfermedades de forma ideológica. La verdad científica lo impide.	V	F

2. “Hubo desde el principio una idea de máxima pendiente en la lepra: el diagnóstico más incierto alteraba del modo más definitivo la vida de los hombres” ¿Qué quieren decir esas palabras? ¿En qué sentido se refuerza el poder de quien diagnostica si el pronóstico es la “muerte en vida” del enfermo?

3. ¿Crees que puede encontrarse alguna relación entre la historia de la medicina y la historia de las ideologías?

4. ¿Se podría aplicar un análisis similar al que se hace en ese artículo sobre la lepra medieval y los leprosarios a la definición de las enfermedades mentales y el surgimiento de los manicomios en el siglo XIX. Intenta averiguar algo sobre ello y señala las posibles relaciones que podría haber en la forma de definir la enfermedad y abordar su tratamiento en ambos casos.

5. En los años ochenta, con el surgimiento del sida, apareció una nueva forma de discriminación de los homosexuales al considerarlos como “grupo de riesgo” en relación con esa enfermedad. ¿Hay diferencias entre hablar de “grupos de riesgo” y “prácticas de riesgo”? ¿A qué se alude en cada caso? ¿Qué efectos secundarios tiene el uso de la primera de esas expresiones?

6. ¿Por qué se ha titulado así ese artículo?

7. ¿Qué es más contagioso, el miedo o las enfermedades? ¿Se aísla el miedo cuando se aísla a los enfermos?

8. A partir de tus reflexiones sobre las anteriores actividades señala con cuál de las dos siguientes posturas estás más de acuerdo. Desarrolla con ejemplos y argumentos los motivos de tu elección.

Postura A:

El miedo es más contagioso que cualquier enfermedad. Incluso puede llegar a ser más peligroso. A veces aislando a los enfermos se consigue extender el miedo entre los demás. Por miedo a que una epidemia se convierta en pandemia a veces lo que acaba enfermando a una sociedad es el propio miedo a la enfermedad. En relación con las enfermedades hay que temer más al miedo que a la propia enfermedad.

Postura B:

El miedo es nuestro seguro de vida. Sin miedo nadie es precavido. Como antes el dolor, el temor nos permite protegernos de los peligros. Las enfermedades existen, sólo los incautos no las temen. Temer la enfermedad y poner todos los medios para que no se extienda es la mejor forma de acabar con ella. Si tememos al miedo más que a la propia enfermedad acabaremos pagando cara nuestra ingenuidad.



CENTRO DE ALTOS
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
CENTRO DE ALTOS
ESTUDIOS UNIVERSITÁRIOS



Proyecto Iberoamericano de Divulgación Científica
Comunidad de Educadores Iberoamericanos para la Cultura Científica

Propuesta didáctica
Sugerencias para el profesorado

- De entre las actividades que se proponen conviene elegir las que se adaptan mejor al grupo y a sus intereses. En todo caso, antes de proponer la realización de las actividades se recomienda una lectura atenta del texto.

- La actividad 1 está centrada únicamente en la comprensión del texto. Los comentarios sobre las frases verdaderas y falsas permitirá aclarar posibles dudas conceptuales sobre el contenido del artículo. Las actividades 2 y 3 se centran en el caso de la lepra que se analiza en el texto enfatizándose la presencia de dimensiones ideológicas en algunas formas de entender la historia de las enfermedades. Ampliar ese análisis a otros casos históricos (como el de los manicomios y las enfermedades mentales) o más recientes (como el de los estigmas asociados al sida en los comienzos de la enfermedad en el siglo pasado) es el propósito de las actividades 4 y 5. Las actividades 6, 7 y 8 tienen un alcance aún más general e intentan propiciar una reflexión de más calado sobre la enfermedad y el miedo. Concretamente la última permite preparar un debate entre dos posturas diferenciadas en relación con ese tema. Se esbozan algunos de los perfiles de dos posturas enfrentadas cuyos argumentos se pide desarrollar con más detalle.

- Las ocho actividades propuestas están redactadas para ser realizadas individualmente, pero es evidente que varias de ellas pueden ser planteadas para un trabajo conjunto por equipos. Además, en la última actividad sería posible plantear un debate abierto en el aula entre las dos posturas enfrentadas. La discusión de los diferentes argumentos en favor de cada una de ellas puede servir para que un tercer equipo analice y en su caso evalúe la consistencia y pertinencia de cada uno de esos puntos de vista.

- Sería interesante registrar algunas de las valoraciones que aparecen en ese debate. De hecho, estas actividades podrían entenderse también en el marco de algún proyecto más amplio de educación para la salud. En ese contexto, además de proporcionar información histórica de interés, el análisis de este caso puede facilitar una reflexión de carácter valorativo sobre el concepto de enfermedad.