



Mejor dejarlo tranquilo

Vivir con un familiar psicótico en Nicaragua

Rimke van der Geest

MEJOR DEJARLO TRANQUILO

Antropologia Mèdica, 5

Rimke van der Geest

MEJOR DEJARLO TRANQUILO

Vivir con un familiar psicótico en Nicaragua

Traducción de Lourdes Márquez Blázquez



Tarragona, 2011

Edita:
Publicacions URV

1.ª edición: Novembre 2011
ISBN: 978-84-694-3787-2
Dipòsit legal: T-1013-2011

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili:
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 - Fax: 977 558 393
www.urv.cat/publicacions
publicacions@urv.cat

El blog de la colecció:
<http://librosantropologiamedica.blogspot.com/>

Consejo editorial:
Xavier Allué (URV)
Josep Canals (UB)
Josep M. Comelles (URV)
Susan DiGiacomo (URV)
Mabel Gracia (URV)
Angel Martínez Hernaez (URV)
Enrique Perdiguero (UMH)
Oriol Romaní (URV)

Imagen de cubierta: Rimke van der Geest

Esta obra está bajo una licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

¶ Esta editorial es miembro de la Xarxa Vives y de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

PREFACIO	9
PARTE I. CONTEXTO	11
Capítulo 1. Introducción	13
1.1 Composición del libro	14
1.2 El concepto de psicosis	14
1.3 Cifras	16
1.4 Investigación sobre psicosis dentro del ambiente familiar	17
Capítulo 2. Sanidad mental en Nicaragua	19
2.1 Contexto histórico-político	19
2.2 Contexto socioeconómico	21
2.3 Situación en el año 2004	24
2.4 Cultura, psicosis y sanidad mental	32
2.5 Estigmatizar	38
Capítulo 3. Servicios de salud mental en Matagalpa	45
3.1 Una curandera	45
3.2 Un espiritista	51
3.3 El psiquiatra	56
3.4 Un diácono	59
3.5 Un legislador	63
PARTE II. HISTORIAS	65
Capítulo 4. «Cuando uno tiene un problema, uno quiere sanar ese problema»	67
4.1 Presentación, condiciones de vida, historia de la enfermedad	67
4.2 Denominar y explicar la enfermedad	70
4.3 La búsqueda de curación	72
4.4 Relación y trato	77

Capítulo 5. «Ellos tienen que tratarle diferente»	81
5.1 <i>Presentación, condiciones de vida, historia de la enfermedad</i>	81
5.2 <i>Denominar y explicar la enfermedad</i>	87
5.3 <i>La búsqueda de curación</i>	88
5.4 <i>Relación y trato</i>	91
Capítulo 6. «Adonde yo voy, allí va ella; no la dejo»	95
6.1 <i>Presentación, condiciones de vida, historia de la enfermedad</i>	95
6.2 <i>Denominar y explicar la enfermedad</i>	101
6.3 <i>La búsqueda de curación</i>	102
6.4 <i>Relación y trato</i>	104
Capítulo 7. Dejar descansar el pasado, y esperar lo mejor del futuro	107
7.1 <i>Presentación, condiciones de vida, historia de la enfermedad</i>	107
7.2 <i>Denominar y explicar la enfermedad</i>	111
7.3 <i>La búsqueda de curación</i>	115
7.4 <i>Relación y trato</i>	117
PARTE III. CINCO AÑOS MÁS TARDE	121
Capítulo 8. De la investigación a la acción: cinco años más tarde	123
8.1 <i>Una organización de familiares de pacientes psicóticos</i>	123
8.2 <i>Iván, Erick, Marta, José y Roger</i>	126
8.3 <i>Involucrar a la familia en el tratamiento de los pacientes psicóticos</i>	133
BIBLIOGRAFÍA	137

[...] está siempre sentado en la puerta de la casa. Desde ahí tiene el mundo exterior bien controlado, escucha noticias radiofónicas de los carros que pasan y conoce las caras de los transeúntes. En alguna ocasión da unos cuantos pasos por la calle para tener algo más de visión, pero siempre se vuelve a sentar en la entrada de la casa 'segura'. (Capítulo 7)

En memoria de:

Ligia María Escorcía Cantarero
(19 de diciembre de 1981–8 de agosto de 2007)
Ligia padecía esquizofrenia.

Y

Alicia Calvo Pérez
(29 de octubre de 1935–6 de agosto de 2009)
Madre de dos hermanos psicóticos.

PREFACIO

Este libro está basado en un estudio antropológico que se realizó en 2004 y en una labor de asistencia social que tuvo lugar durante los años siguientes en la ciudad nicaragüense de Matagalpa. A lo largo de cinco años, la autora visitó regularmente a familias en las que uno o más familiares han desarrollado un trastorno psicótico en la pubertad. Aquí se describen las historias de cuatro de esas familias. Los puntos centrales son las declaraciones de los familiares sobre la extraña conducta del pariente psicótico, la búsqueda de curación y la manera de tratar a esa persona. Además de los familiares, también hablan los asistentes de salud y otras personas del entorno. De este modo, el lector se puede hacer una idea de la ayuda de que disponen los pacientes psicóticos y lo que la sociedad piensa de ellos. Finalmente, la autora describe cómo se llega a constituir una organización local de familiares de pacientes para hacer frente a la psicosis y a los problemas que esta conlleva. Para salvaguardar la privacidad de las personas que aparecen en este libro, se han cambiado todos los nombres, incluidos los de los asistentes.

La publicación de este libro tiene como objetivo proporcionar a estudiantes, profesionales y legisladores una visión de la problemática que existe en Nicaragua con respecto a la psicosis. El libro es, además, un alegato en favor de la atención psiquiátrica en el hogar y de involucrar a los familiares en el tratamiento de los pacientes psicóticos.

Desde aquí solo me queda dar las gracias a Miranda Van der Klaauw y los otros miembros del grupo Salud, del hermanamiento Tilburgo-Matagalpa, por la confianza depositada en mí; a Lourdes Márquez Blázquez, por la traducción; a María Belmonte Rivas, por la corrección final; a la Dra. Els Van Dongen, por su orientación en 2004-2005; y a Betty, Sjaak, Kees, Geertje, Annelies, Sita, Eva, Elena, Luisa, Noelia, Gloria y Claudia, por revisar partes del texto. También quiero dar las gracias a todas las personas que,

de forma indirecta, han estado involucradas en el proyecto: los colaboradores de Familias Especiales, los voluntarios de Cuenta Conmigo, especialmente Rosalba, y los colaboradores del Comité Mano Vuelta.

Mi mayor agradecimiento, por último, es para los protagonistas de este libro, sin cuya colaboración no podría haber contado su historia. Espero que este documento contribuya a una mayor comprensión de la problemática que afecta a las familias con un pariente psicótico.

PARTE I
CONTEXTO

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

En Matagalpa, ciudad de unos 200.000 habitantes situada en el altiplano central de Nicaragua, la búsqueda de curación para un familiar que sufre psicosis supone un largo camino, con la visita a distintos cuidadores de salud. Las familias gastan el poco dinero que tienen en naturistas, curanderos y espiritualistas con la intención de mejorar la afección misteriosa que sufre su pariente, sin obtener ningún resultado. Tarde o temprano, algunos encuentran el camino hacia el psiquiatra, quien acaba haciéndoles una receta de medicamentos antipsicóticos, pero esto tampoco cambia mucho la situación. Los familiares siguen sin entender lo que le está pasando a su pariente y hacen todo lo posible para ocultar esa «extraña» enfermedad al mundo exterior. Además, en muchos casos, los enfermos se niegan a tomar las medicinas, o bien dejan de tomarlas después de sufrir sus efectos secundarios. También ocurre que los pacientes y sus familiares no entienden que hay que seguir el tratamiento incluso después de que los síntomas psicóticos hayan desaparecido, o interrumpen el tratamiento prescrito por falta de medios económicos. Finalmente, hay casos en que las personas abandonan el tratamiento debido a sus creencias religiosas. Dios es el que cura y hay que tener fe en Él.

Por estas y otras razones existen en Matagalpa probablemente cientos de familias que luchan todos los días con un familiar psicótico. En los capítulos 4 al 7, el lector encontrará las historias de cuatro de estas familias. Se exponen las explicaciones que dan los familiares acerca del trastorno psicótico de su pariente, la búsqueda de curación y la forma en que le tratan. Las historias ilustran la amplia, pero mayormente oculta, problemática en Nicaragua, pero también en el resto del mundo, ya que la tragedia que se vive cuando un familiar desarrolla un trastorno psicótico es en todas partes la misma; el comportamiento extraño que adquiere

un familiar hasta entonces «normal» y la impotencia de sus seres queridos para sobrellevarlo, modifica en gran manera el equilibrio dentro de la familia.

1.1 Composición del libro

Antes de entrar en las historias individuales, se da en esta introducción una breve explicación del concepto «psicosis», y se informa de en qué situación están las investigaciones de psicosis dentro de la familia. En el capítulo 2, el lector conocerá cómo es el sistema de salud mental en Nicaragua. Se describe cómo está compuesto, qué factores han influido en su desarrollo y su situación actual. Además, se describe en este capítulo la imagen que se tiene en Nicaragua de las personas con trastornos psicóticos. En el capítulo 3, hablan las personas que son responsables del apoyo y tratamiento de los pacientes psicóticos en la ciudad de Matagalpa. En los capítulos 4 al 7 se recogen las historias de las familias, y en el último tramo de este libro, el capítulo 8, se describe un proyecto que se ha puesto en funcionamiento en Matagalpa a raíz de este trabajo de campo. Además, en este último capítulo se ofrece una idea para el desarrollo de la ayuda a pacientes psicóticos en Nicaragua.

1.2 El concepto de psicosis

No hay dos personas psicóticas de la misma manera, pero sí que existen rasgos característicos muy frecuentes. Sucede, por lo común, que las personas que padecen esta enfermedad oyen voces que comentan o mandan; ven cosas que no son perceptibles para otros, o huelen olores que los demás no perciben. A continuación, les dan significados a estas extrañas vivencias (alucinaciones) para poder explicarlas. Por ejemplo: pueden desarrollar ideas de grandeza; creerse en contacto con los dioses o sentirse responsables de «salvar» al mundo. La persona puede también verse acosado por ideas y pensamientos menos agradables; puede pensar que le persiguen para matarlo, o que los vecinos le están manipulando

el cerebro a través de los enchufes o electrodomésticos. Cuando alguien es psicótico, su mente funciona aceleradamente durante todo el día y tiende a relacionar todos los ruidos y acontecimientos cercanos con su propia persona. Experimentar todo eso de forma muy realista puede también provocar miedo en una persona o hacerla paranoica.

La visión más conocida acerca del origen de la psicosis es la que provee la ciencia biomédica: la psicosis es el resultado de una interrupción biológica en el cerebro que tiene como consecuencia que la percepción de los sentidos, o sea el oír, ver, oler, probar y sentir, se ve interrumpida. Una psicosis puede surgir por daños en el cerebro, una alteración hormonal o por el uso abusivo de alcohol y drogas, pero la mayoría de las veces se relaciona a la psicosis como síntoma de *esquizofrenia*, una enfermedad crónica que se manifiesta aproximadamente entre los 15 y los 25 años de edad. Los investigadores no están seguros acerca de qué es lo que causa esquizofrenia, pero sabemos que se nace con una vulnerabilidad biológica para desarrollar tal trastorno y que diferentes condiciones pueden contribuir a su desarrollo. Dentro del sistema de sanidad biomédica, la psicosis se trata con fármacos que suprimen la interrupción biológica en el cerebro. La enfermedad como tal no tiene curación. Para mitigar las restricciones sociales y problemas que conlleva la esquizofrenia existen programas psicoeducativos. Una característica muy destacada de la enfermedad es el hecho de que las personas que la padecen muchas veces *no* se dan cuenta de que están enfermas. Esto hace que un trastorno psicótico sea difícil de tratar.

Dentro de las familias retratadas en este libro, uno o más hijos desarrollaron un trastorno psicótico a edades comprendidas entre los diez y veinte años. En algún caso, el psiquiatra le comentó que su dolencia tiene el nombre de «esquizofrenia». Para evitar incorrecciones, y también porque no es importante, cuando se trate de las familias hablaré de «trastorno psicótico» y de «síntomas psicóticos».

1.3 Cifras

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comunicó que aproximadamente 24 millones de personas en todo el mundo padecen esquizofrenia. Para esta y otras afecciones psiquiátricas existen tratamientos eficaces, pero la mayoría de los países no disponen de los medios para aplicarlos. Además, numerosos países con niveles de renta media o baja destinan menos del 1% de su presupuesto en salud pública a la atención de la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2001). Nicaragua está



Mujer psicótica que vive en la calle

entre estos países (Informe de País República de Nicaragua, 2005). Como consecuencia, el sector de la salud mental pública es limitado y llega a relativamente poca gente. Nicaragua tiene una población de 5,5 millones de personas. Según estimaciones del Gobierno, unas 45.000 personas padecen la enfermedad de la esquizofrenia (Pérez-Solís, 2003).¹ Más de la mitad de la población vive además en la pobreza o extrema pobreza. Hay que añadir que la enfermedad de la esquizofrenia tiene una incidencia mayor entre personas pobres. En el capítulo 2, párrafo 2, se profundizará en la relación entre pobreza y trastornos mentales.

¹ Hay que apuntar que es difícil evaluar la validez de este tipo de estadísticas. Depende de las definiciones que se utilizan para esquizofrenia y de la manera como se ha realizado la investigación.

1.4 Investigación sobre psicosis dentro del ambiente familiar

Cuando caemos en la cuenta de que detrás de cada persona con esquizofrenia hay una familia, las cifras de la Organización Mundial de la Salud y del Gobierno nicaragüense adquieren un significado aún más dramático. Teniendo en cuenta el carácter crónico de la enfermedad, las familias deben permanecer toda la vida al cargo y cuidado de su ser querido. En un informe sobre la situación de la «salud mental» a escala mundial, Desjarlais *et alii* (1995) escriben refiriéndose al papel de la familia:

A escala mundial, son las familias las que llevan la mayor carga de cuidar a las personas con enfermedades mentales. Lo que constituye a la familia en una sociedad de dar y los recursos de los cuales los familiares disponen para atender a las enfermedades mentales varían en gran medida. Pero todo sistema sanitario incluye a las familias y depende profundamente de ellas. Por lo tanto, son las familias las que encabezan la gestión de los cuidados de las personas que sufren enfermedades mentales. Este tipo de enfermedades son una gran carga para las familias, y causan mucho sufrimiento. Muchas veces se gastan los escasos recursos familiares en busca de asistencia, y se desvían enormes cantidades de tiempo y energía de otros ámbitos de la vida. (Desjarlais *et alii*, 1995: 53, trad. lmb)

La investigación apunta a que una difícil situación socioeconómica hace más pesado cuidar de un pariente. La lucha diaria para sobrevivir cuesta energía; a esto hay que añadir el cuidado del pariente psicótico. Además, casi siempre se consultan médicos o curanderos, lo que a la familia le cuesta un dinero nada desdeñable. El familiar psicótico, que no lleva a cabo ningún trabajo remunerado, resulta también una carga financiera. Gran parte de las investigaciones sobre la esquizofrenia y la familia tratan de la llamada *carga para la familia*. La «carga» se mide con la ayuda de instrumentos de investigación, y los pacientes, por lo que he podido comprobar, se seleccionan a través de instituciones médicas. Las investigaciones demuestran que la carga subjetiva para las familias con un pariente esquizofrénico resulta ser alta comparada, por ejemplo, con situaciones en las que un pariente sufre una enfermedad física crónica (Magliano *et alii*, 2005). Otro aspecto muy estudiado acerca de la psicosis en relación con las familias son las *emociones expresadas*. Este tipo de investigaciones se cen-

tra en la actitud de los familiares hacia el pariente psicótico (ver 5.4). También para esto se utilizan instrumentos de medición. Los estudios sobre la carga familiar tienen por lo general un carácter cuantitativo.

Finalmente, en los últimos años se han realizado estudios para conocer el papel que la familia desempeña en la mejoría y estabilización de las personas con trastornos psicóticos. Para numerosos investigadores está confirmado que involucrar a la familia en el tratamiento conlleva un efecto positivo en la continuidad de la medicación y en la evitación de nuevas crisis (Pitchel-Walz *et alii*, 2001; Lenior *et alii*, 2001; Dixon *et alii*, 2001; TARRIER *et alii*, 1994). Diferentes investigaciones muestran también que involucrar a la familia acarrea un efecto de ahorro, especialmente porque se evitan los ingresos hospitalarios (Mino *et alii*, 2007; Dixon *et alii*, 2001). Se encontrará más información sobre este asunto en el capítulo 8.

CAPÍTULO 2

SANIDAD MENTAL EN NICARAGUA

«El éxito en los servicios de la sanidad mental en países en desarrollo puede depender tanto de factores políticos y económicos como de la calidad de los programas», escribe Cohen en un informe de la Organización Mundial de la salud (2001, trad. lmb). Esta es la razón por la que resulta importante conocer el contexto histórico-político y socioeconómico en el cual se ha venido creando y desarrollando la sanidad mental en Nicaragua, si queremos finalmente conocer cuál es su situación hoy en día. En este capítulo se intenta reconstruir este contexto. También se describe la cultura existente en Nicaragua, como resultado del propio contexto, con respecto a la psicosis y la salud mental. Se explicará el término *nervios* (relacionado con psicosis) y el capítulo concluye con un ejemplo de Matagalpa que aclara el estigma social que recae sobre personas psicóticas.

2.1 Contexto histórico-político

HISTORIA DE LA SANIDAD MENTAL BIOMÉDICA EN NICARAGUA

Hasta comienzos del siglo xx, en Nicaragua las enfermedades mentales, en su concepción y tratamiento, eran manejadas por ideas mágicas y religiosas (Anónimo, 1988: 14). Hechizos, bendiciones, exorcismos, oraciones y brebajes de plantas eran los principales recursos que se tenían para atender a los pacientes. Desde luego, las ideas sobre enfermedades mentales y su tratamiento en Nicaragua se han visto influenciadas por el pensamiento de la biomedicina importado durante la colonización por los españoles a partir del siglo xvi y más tarde por el neocolonialismo de los

Estados Unidos.² Según Payer (1988: 18), América Latina se ha visto también influida indirectamente por pensadores franceses, que fueron durante un tiempo el referente para países como Italia o España, el excolonizador de Nicaragua. Hasta donde he podido saber, no se ha escrito ningún libro sobre la historia de la sanidad mental biomédica en Nicaragua³, pero sí se conocen algunos hechos. Según un escritor anónimo nicaragüense (en: Envío, 1987), unos cuantos ciudadanos constituyeron en 1911 un comité para crear un asilo para «alienados». Tardarían más de veinte años en conseguirlo. El entonces presidente Sacasa donó en 1933 unos terrenos a tal fin, por lo que se pudo comenzar a construir. El dictador Anastasio Somoza García, que derrocó a Sacasa en 1937, fue quien finalmente inauguró el edificio. Según el autor, se vivieron en él años de abusos: demasiadas personas por sala, la mayoría de las veces andando medio desnudas; violencia, hambre, escasez de médicos y, a menudo, personal no cualificado se encarga de impartir electrochoques a gran escala a los «alienados».

El asilo se mantuvo en esas condiciones hasta el asesinato del dictador en 1956. Una asociación llamada Asociación Médica Nicaragüense denunció entonces lo que ocurría y gestionó la introducción de cambios fundamentales. Apremiado por la presión pública, el nuevo Gobierno de Luis Somoza Debayle instituyó reformas positivas: se reemplazó a la junta directiva, se incorporaron más médicos y personal auxiliar y se construyeron nuevos pabellones y comedores. El asilo pasó a llamarse *Hospital de Enfermos Mentales*, y finalmente *Hospital Psiquiátrico* (Anónimo, 1988: 14).

El Hospital logró soportar milagrosamente bien el Terremoto de Managua de 1972, y cuando en 1979 la guerrilla sandinista puso fin al nuevo régimen dictatorial de Anastasio Somoza Debayle (a la sazón, hijo de Anastasio Somoza García y hermano de Luis Somoza Debayle), comenzaba para Nicaragua (y para la

2 En el siglo XVII surgió en los países occidentales un pensamiento dualista con relación al cuerpo y la mente. Junto con el desarrollo tecnológico de la época, dieron a luz a los fundamentos para la biomedicina actual.

3 Finkler (2004) escribió sobre la historia de la sanidad biomédica mexicana. Hasta cierto punto, esta historia se puede comparar con la de Nicaragua.

sanidad mental) una nueva etapa (Anónimo, 1987). Se suprimió definitivamente la terapia de electrochoque y se cedieron medicamentos gratuitamente. Algunos hospitales generales y ambulatorios empezaron a tratar a los enfermos mentales de forma ambulante, por lo que ya no siempre fue necesario el ingreso en el hospital. Se abrieron unos cuantos centros (CAPS⁴) en los que se prestaba ayuda psíquica básica por un equipo que consistía en un psiquiatra, un psicólogo, un asistente social y un terapeuta. Además, se tomaron iniciativas para luchar contra el estigma que acarrean las personas psicóticas («que son locos peligrosos»). Desde Italia, Cuba y otros países llegaron titulados en psiquiatría para ayudar a Nicaragua a realizar estos trabajos. El objetivo era emprender una psiquiatría específica para Nicaragua. Pero durante mucho tiempo siguió siendo algo experimental, apoyado en teorías incoherentes (*ibid*, 1987).

En 1986, el Ministerio de Salud de Nicaragua comunicó que había desarrollado pautas para una sanidad mental específica en Nicaragua. En colaboración con Italia se editó un manual, *Manual de salud mental*, que se convirtió en el primer texto nicaragüense sobre el tema (*ibid*, 1987). El texto se basa exclusivamente en el pensamiento biomédico. No menciona ni una palabra sobre los curanderos tradicionales, a pesar de que era a ellos a quienes acudía la mayor parte de la población nicaragüense cuando surgían problemas mentales. En el párrafo 2.3 se puede leer más información sobre la estricta separación que el Gobierno establecía aparentemente entre la sanidad biomédica y las otras formas de sanidad.

2.2 Contexto socioeconómico

POBREZA

En Nicaragua, aproximadamente el 46% de la población vive en la pobreza y el 15% en la extrema pobreza (Ministerio de Exteriores, 2004). La situación tan miserable en la que viven numerosos nica-

⁴ Centro de Atención Psicosocial.

ragüenses tiene gran influencia sobre la vida social. Alcoholismo, maltrato familiar, necesidad de atención psíquica y suicidios son frecuentes. También existen indicadores que apuntan a que los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, son más frecuentes entre personas pobres que entre personas de una clase social o económica más elevada. La pobreza y las situaciones estresantes que esta conlleva pueden hacer que la enfermedad se desarrolle antes (Desjarlais *et alii*, 1995: 41). Aunque también hay científicos, según Desjarlais *et alii*, que afirman que la dura circunstancia de vida no es la primera causa de que haya una mayor incidencia de esquizofrenia entre los pobres, sino más bien es el mecanismo por el que las personas que padecen esta enfermedad caen antes en la pobreza (*ibid*). En Nicaragua, país con un alto índice de desempleo, las personas débiles tienen más posibilidades de caer en la pobreza. Además de los problemas sociales que la esquizofrenia conlleva, la familia pierde como mínimo un ingreso (el del familiar enfermo) y soporta además la carga de los gastos de un posible tratamiento.



Casita en un barrio de Matagalpa

PROGRAMA DE ADAPTACIÓN ESTRUCTURAL

La pobreza en Nicaragua tiene numerosos orígenes. Por un lado, la guerra, los desastres naturales y los regímenes corruptos han dejado su oprobiosa huella, y por otro, el alto crecimiento demográfico ha empeorado la situación socioeconómica del país. No obstante, el origen y la extensión de la pobreza tienen mayoritariamente razones político-económicas. Al igual que en muchos países en desarrollo, Nicaragua adquirió grandes deudas en los años setenta del pasado siglo al intentar formar parte del proceso mundial de industrialización. En los años noventa, el Gobierno empezó a vender empresas estatales para intentar mejorar esta situación. Aun así, Nicaragua siguió en déficit y en diciembre del año 2000 fue admitida en la llamada iniciativa HIPC⁵ para una reducción de deudas. Desde entonces, el FMI⁶ y el Banco Mundial obligan al Gobierno a someterse a un programa de adaptación estructural. Este tipo de programa está dirigido a reducir el déficit presupuestario del Gobierno, obligando a la disminución de gastos. Esto ha contribuido a que Nicaragua haya experimentado un ligero ascenso económico, pero también a que muchos servicios gubernamentales, entre ellos la sanidad pública, se organicen de otra manera (léase: privatización). El modelo socialista de sanidad impulsado por los sandinistas en los años ochenta desembocó en el año 2005 en un sistema enfocado hacia el mercado. Esto, sin duda, no resulta beneficioso para las personas pobres de Nicaragua. Los tratamientos, las medicinas y los materiales que se utilizan en el sector público tienen que pagarse con cada vez más frecuencia. Los que trabajan para el Gobierno están asegurados y pueden pedir una indemnización al INNS⁷ (ellos y sus familiares constituyen un 10% de la población, Jack, 2003: 195), pero para la población

5 *Heavily Indebted Poor Countries*. La iniciativa del FMI y el Banco Mundial, que aspira al saneamiento de las deudas de los países pobres, tiene como requisito que los gobiernos acepten cambios estructurales de su gestión política. Los cambios van dirigidos a que los gobiernos gasten menos dinero.

6 Fondo Monetario Internacional.

7 Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

pobre, normalmente trabajadores de la economía informal, la aparición de nuevos gastos constituye un serio problema.

2.3 Situación en el año 2004

LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA

En Nicaragua, la sanidad se ha dividido en una parte pública y otra privada. La parte pública la dirige el Ministerio de Salud (MINSAL), el que por mediación de hospitales y centros de salud presta atención sanitaria a la población. Esto se hace con la supervisión de SILAIS,⁸ que posee diecisiete centros provinciales en todo el país. Las decisiones en política de sanidad se dejan cada vez más en manos de estos centros, teniendo en cuenta que el FMI y el Banco Mundial favorecen el proceso de descentralización (Jack, 2003: 195-196).

La parte privada de sanidad en Nicaragua actúa de forma independiente del Gobierno. Se trata de asistentes de salud que, estando o no registrados, ofrecen sus servicios con sus propias tarifas. Desde los años noventa, el sector privado ha crecido considerablemente en Nicaragua (ver 2.2). Se han creado departamentos separados dentro de los hospitales, y los médicos, además de sus trabajos en puestos públicos, han abierto clínicas privadas en algunas ocasiones. Esto último es inevitable, ya que el sueldo de las instituciones públicas es demasiado bajo para poder llevar una vida «decente».

SANIDAD MENTAL

En 2004 había en Nicaragua 33 psiquiatras activos, de los cuales la mayoría estaba en la capital, Managua; unos cuantos en la ciudad de León y cinco repartidos por el resto del país (Ministerio de Salud, 2004). La distribución de los psiquiatras es proporcional a la prosperidad. En la relativamente rica Managua se encuentran

8 Sistema Local de Atención Integral a la Salud.

más del 80% de los psiquiatras, y la mayoría de estos trabajan en clínicas privadas. En algunos casos ofrecen camas para personas que necesitan un ingreso. Los ingresos son tan caros que solamente la clase social y económica más elevada puede hacer uso de ellos, aunque también se dan casos de personas pobres que se han arruinado económicamente por pura desesperación; vendiendo, por ejemplo, sus propiedades. Los síntomas de un trastorno psicótico son tan impactantes que los familiares están dispuestos a numerosos sacrificios para que su familiar se vuelva «normal» lo antes posible. Además del trabajo en la clínica privada, algunos psiquiatras trabajan en instituciones públicas. A veces en un CAPS (ver 2.1), una policlínica, o también en el único hospital psiquiátrico que posee Nicaragua.

Teniendo en cuenta la distribución de los psiquiatras, la mayoría de los nicaragüenses no tienen cerca de su hogar un servicio de sanidad mental pública. En este caso, se verán obligados a viajar a la ciudad más cercana y pedir ayuda a los sanitarios psiquiátricos no cualificados del centro de salud local; buscar su amparo en curanderos tradicionales o inventar soluciones para sobrevivir sin ningún tipo de tratamiento. En el caso de los trastornos psicóticos, solo podemos especular de qué modo logran las familias salir adelante. Desde los años ochenta, se han instalado ONG⁹ en lugares remotos para acercar la ayuda sanitaria, pero la ayuda específica a personas psicóticas no forma, hasta ahora, parte de sus actividades.

MEDICAMENTOS

Los medicamentos que los psiquiatras recetan en Nicaragua a sus pacientes privados son en general antipsicóticos *modernos*. Son los medicamentos que se utilizan en los países europeos y de América del Norte; son efectivos y tienen relativamente pocos efectos secundarios; también son caros porque todavía tienen en vigor la patente.¹⁰ Los antiguos medicamentos antipsicóticos, los

⁹ Organizaciones no gubernamentales.

¹⁰ La legislación internacional de patentes permite que una empresa far-

antipsicóticos *clásicos*,¹¹ son baratos porque ya les ha caducado la patente. Los antipsicóticos clásicos reprimen la psicosis igual que los modernos, pero conllevan numerosos efectos secundarios, tales como rigidez, temblores, inquietud de moverse, impotencia, excesiva producción de saliva y, a largo plazo, el paciente puede desarrollar un trastorno de movimiento¹². La mayoría de las personas psicóticas de Nicaragua toman los antipsicóticos clásicos porque tienen un precio accesible en las farmacias¹³, pero también porque se facilitan a veces de forma gratuita por el Ministerio de Salud. Este organismo compra los medicamentos a empresas farmacéuticas¹⁴ y luego los distribuye por todo el país a través de los

macéutica sea la propietaria de la patente de sus medicamentos durante veinte años (Wemos, 2005). Cuando caduca la patente y otras empresas pueden producir los medicamentos surge la competencia que hace bajar los precios.

11 Los antipsicóticos clásicos que se utilizaban en Matagalpa, por orden de popularidad, son: haloperidol, thioridazina, flufenazina (decanoate) y clorpromazina.

12 Se trata de discinesia tardiva.

13 Haloperidol 5 mg costaba, el 17 de febrero de 2005 en la farmacia El Alivio (Matagalpa), 2,70 córdobas por pastilla (aprox. 13 céntimos de dólar). La dosis diaria en Matagalpa está entre los 5 y 30 mg. Alguien que necesite 15 mg paga, por lo tanto, 8,10 córdobas. Si además toma tryhexifenidilo, un medicamento que anula los efectos secundarios graves del haloperidol, le cuesta además 1,75 córdobas. En muchas ocasiones necesitarán dos de estas pastillas al día. Los gastos en total alcanzarían entonces 11,60 córdobas por día, o sea, unos 58 céntimos de dólar. Parece que no es nada, pero para un nicaragüense pobre se trata de medio sueldo de un solo día. En esta factura no se han tenido en cuenta los estabilizadores del ánimo, los calmantes y medicamentos para dormir que los psiquiatras también recetan a los pacientes psicóticos.

14 El 60% de los medicamentos proviene de la Unión Europea, Europa y Japón, según un artículo publicado en el periódico nicaragüense *La Prensa* (2003). El restante 40% proviene de otros países de América Central y la propia Nicaragua (Acuña Herrera, 2003). Por ejemplo, el haloperidol y el tryhexifenidilo de la farmacia El Alivio (Matagalpa) se produce en Canadá (empresa Apotex). MINSA anunció en abril de 2004 que quería producir sus propios medicamentos, pero recibió firmes protestas por parte de las empresas farmacéuticas, que consideraban esto como competencia desleal (Pérez Solís, 2004-1). Según atestiguan artículos de periódicos, no solo se introducen, además, desde Costa Rica medicamentos ilegales, sino que también se

centros locales. El Ministerio maneja la llamada *lista básica* para una parte de los medicamentos, que se facilitan de forma gratuita a los pacientes en las instituciones públicas. Los antipsicóticos clásicos están incluidos. No obstante, a veces ya no quedan medicamentos a mediados de mes, por lo que los pacientes deben cambiar el tratamiento o, finalmente, ir a la farmacia. En la lista básica no figuran los antipsicóticos modernos.

El Ministerio recibe también donaciones del extranjero, que se publican en los periódicos del país acompañados de amables elogios para el país donante.

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MANAGUA

El único hospital psiquiátrico del país es todo un símbolo. «Ten cuidado o te llevan al *Kilómetro Cinco*» es una expresión muy utilizada. *Kilómetro Cinco* (el poste kilométrico donde se señala la dirección del hospital) es también el nombre de un grupo de música *heavy metal* de Matagalpa. En el hospital ingresan personas de todo el país. Muchos «caritativos» han visitado el lugar y lo han descrito como dramático: más de cincuenta personas en una única sala, sin almohadas ni sábanas en las camas, mal olor, etc. El material del hospital procede mayoritariamente de las donaciones de estos caritativos, así como de empresas nicaragüenses. El Ministerio de Salud entrega anualmente 14 millones de córdobas (aproximadamente 520.000 euros) al hospital (Pérez Solís, 2004-2).

Cuando visité *Kilómetro Cinco*, me llamó especialmente la atención la relación enfermera-paciente: una enfermera y un auxiliar para aproximadamente 60 pacientes. Las enfermeras pueden hacer poco más que supervisar. Que en el año 2004 no exista en Nicaragua una carrera de enfermería psiquiátrica hace que la situación sea aún más lamentable. Algunas enfermeras tienen miedo a los enfermos, pero hacen el trabajo porque si no se quedarían desempleadas. El salario de una enfermera, cuando hice mi

producen, al parecer, en Nicaragua (Pérez Solís, 2004-2).

investigación, era de 1.721 córdobas al mes, aproximadamente 68 euros. Al hospital acuden numerosos estudiantes de medicina; la mayor parte del tiempo están junto a los psiquiatras, en un puesto para enfermeras entre rejas, estudiando listas de medicinas. Esta es mi impresión al visitar una de las cuatro salas:

La Sala 4 alberga 62 hombres, que están ingresados por un período más o menos largo. En la habitación, que está llena de camas desnudas, pasean decenas de chicos y hombres; algunos bajo los efectos de drogas, otros alegres e inquietos. Unos diez hombres amontonados me miran embobados desde detrás de unas rejas. Pasando mi mano por las rejas, me presento a alguno de ellos. De repente reconozco una cara: «¡Oye!», le digo, «¿tú no eres el chico que regula el tráfico en la calle Central de Matagalpa?» «Sí, soy yo», me dice con una sonrisa. Unos días antes había visto al chico andar entre los carros de la calle principal de Matagalpa gritando y riéndose. Cuando se cruzaron nuestras miradas, le saludé. Con un movimiento elegante el chico puso su camiseta en el suelo delante de mis pies. Yo pensé en su futuro. «¿Qué le deparará?» Y aquí estaba, cara a cara con esa misma persona. Clinton, como se llama a sí mismo (por Bill Clinton), me cuenta que su familia lo trajo ayer a la fuerza, según dice porque se estaba peleando. Dice que el lunes se irá nuevamente a casa. Me lo cuenta todo con una gran sonrisa en la cara, al igual que tiene cuando hace su trabajo de 'dirigir el tráfico'. La cara de Clinton está dañada y tiene un ojo morado. (Diario de campo, 17 de abril de 2004)

El hospital ofrece además una pequeña sección privada para los pacientes, por los cuales sus familiares pueden llegar a pagar 500 córdobas, aproximadamente 20 euros, al día. En el edificio que está mejor conservado se encuentran quince habitaciones individuales, de las cuales normalmente seis o siete están en uso. En esta sección trabajan dos auxiliares y una enfermera.¹⁵

CURANDEROS TRADICIONALES

Para concluir, nos detendremos en la parte de la sanidad privada de la que existe menos información escrita, a saber, los curanderos tradicionales. En el manual de sanidad mental del Ministerio de Salud no se mencionan, ni en los informes del FMI o del Banco

¹⁵ En 2007 se ha cerrado la sección privada y se utiliza el espacio como sala de observación.

Mundial. La OMS sí habla de 2.500 personas registradas en un informe del Ministerio de Salud para asistentes de salud tradicionales, pero aquí se trata de personas que han cursado estudios; es decir, matronas, médicos naturalistas, espiritistas y masajistas (Organización Mundial de la Salud, 2001). No me atrevería a decir con exactitud hasta qué punto podemos hablar de desconocimiento acerca del «sistema de sanidad de los pobres», o manejar conscientemente una división entre los dos sistemas. Supongo que debemos considerar los dos casos. Existe un halo de misterio en torno a un cierto grupo que ha heredado su conocimiento de su abuela o abuelo, y que llama «don de Dios» a sus poderes curativos. Van der Put, que llevó a cabo investigaciones en el este de Nicaragua, escribió:

Las personas actuaban de forma misteriosa y parecía que yo les hacía sentirse avergonzados por el hecho de que la medicina occidental todavía no había sustituido la medicina tradicional [...] Conforme hablaba más con las personas, estaba en los pueblos, me daba más cuenta que la medicina tradicional todavía se practicaba muchísimo. (1990: 26, trad. lmb)

Yo también he podido constatar que las gentes de Matagalpa y alrededores, en caso de enfermedad, hacen uso de curanderos tradicionales, incluso para tratar problemas mentales. No sé si la razón por la que a las personas les cuesta hablar con occidentales como yo o Van der Put es la vergüenza. He notado un cierto retraimiento, sí, pero no creo que se avergüencen. Sí pienso que ellos creen que los occidentales preferimos escuchar historias occidentales. A nosotros nos agrupan con aquellos «que todo lo saben»; con el médico que sostiene que la medicina tradicional es una vergüenza, y con el cura que aconseja a sus fieles no acudir a los médicos tradicionales.

A pesar del retraimiento de las personas, esta parte de la sanidad privada *no* ha permanecido completamente oculta. Al igual que Van der Put, mi situación en Nicaragua era tal que podía pasar largo tiempo con las familias. Padres de niños psicóticos me han narrado sus visitas a los curanderos tradicionales (capítulo 4 a 7), y además he tenido la oportunidad de visitar algunas consultas (capítulo 3).

ZONA DE TENSION ENTRE LA MEDICINA TRADICIONAL
Y LA BIOMÉDICA Y EL DSM-IV

La incomodidad con que las personas hablan sobre sus visitas a los curanderos tradicionales, así como la torpeza por parte de las autoridades nicaragüenses a la hora de darles un lugar dentro de la sociedad, están relacionadas con la zona de tensión que existe entre la medicina tradicional y la biomédica. Hay una gran diferencia entre los dos sistemas. Un ejemplo es el proceso que lleva al diagnóstico de las enfermedades. Donde los curanderos tradicionales se dejan guiar por el conocimiento que les han transmitido sus antepasados, los médicos utilizan métodos de clasificar predeterminados en los manuales de medicina. En el DSM-IV,¹⁶ el manual más usado en el sistema de sanidad mental biomédica, se describen los diagnósticos en columnas, con los correspondientes síntomas.

El manual DSM-IV da a entender que los trastornos mentales descritos son universales y que para estos existen soluciones a medida. Es como si desvincularan los síntomas de su contexto social. Esta es una situación indeseable, ya que el contexto en el que se producen las enfermedades mentales es justamente muy significativo. Además, los sistemas de clasificación se han desarrollado y probado en países occidentales, con personas de clase socioeconómica media y alta. Aun así, el manual se utiliza en países que no son de tradición occidental, también en Nicaragua. Muchos aspectos de la enfermedad, como la forma de manifestarse, el comportamiento y el significado, están condicionados por el contexto, por lo que personas de una clase más baja o de países no occidentales a menudo no encajan en las categorías establecidas por los sistemas biomédicos occidentales.

Un grupo de psiquiatras y antropólogos transculturales dieron como «solución» un modelo de trabajo que reformula el diagnóstico de las personas de origen social y cultural diferente. La *Formulación cultural de casos psiquiátricos (Cultural Formulation of Psychiatric Diagnosis)*, como se llama dicho modelo, se

¹⁶ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.ª edición).

adjuntó como apéndice en el manual DSM-IV.¹⁷ En contra de lo que sugiere el suplemento «especial», el Formulario Cultural se puede aplicar a *todas* las personas. Es «[...] un proceso de evaluación aplicable a todos los pacientes en cualquier entorno cultural», según Lewis-Fernández (1996: 138, trad. lmb). Por esto posee, en mi opinión, un valor añadido para la sanidad mental. Llama la atención sobre factores de contexto que no se tenían en cuenta en el proceso de diagnóstico biomédico original. Aun así tiene limitaciones, dado que tampoco es posible captar con este modelo a toda la diversidad humana. Esta es, por lo tanto, la mayor (auto)crítica de la Formulación Cultural (Good, 1996: 128). Existe además el peligro de esencialismo cultural, es decir, que los asistentes de salud culturicen los trastornos psiquiátricos y pierdan de vista el individuo (*ibid*: 129, Van Dijk *et alii*, 2002: 239). Los veinticinco *síndromes dependientes de la cultura* (*culture-bound syndroms*) que se mencionan en esta edición del DSM se prestan especialmente a ello. Un síndrome dependiente de la cultura es, según Prince (1985), «un conjunto de señales y síntomas (excluyendo la noción de causa) que está restringido a un número limitado de culturas» (citado en Prince *et alii*, 1987: 4, trad. lmb). Un ejemplo de síndrome culturalmente delimitado es el *Grisi Siknis*, una «locura colectiva» que se da entre los indios misquitos¹⁸. Durante mi estancia en Matagalpa tuvo lugar el *Grisi Siknis* en la costa este de Nicaragua. Las víctimas padecían de náuseas, estaban depresivas, se mostraban agresivas o se suicidaban. Los psiquiatras que viajaron especialmente desde la capital poco pudieron hacer por la muchedumbre enloquecida. Los tratamientos que ofrecía la biomedicina moderna fueron rechazados por las víctimas y sus familiares. La «locura» se tuvo que combatir de la misma forma que fue originada, o sea mediante la magia. Y

17 Desde 2004 existe también la *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico* (GLADP), publicada por la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Esta guía es de especial interés para la psiquiatría transcultural, ya que dedica un espacio considerable a los aspectos culturales y étnicos de los trastornos mentales.

18 Un grupo étnico indígena.

así se hizo. Un grupo de brujos consiguió controlar la enfermedad mediante el uso de la brujería blanca (Biemans, 2004).

Finalmente, se describen en el apéndice del DSM-IV *expresiones de malestar (idioms of distress)*. Se trata de términos que expresan un determinado sufrimiento. Uno de los más conocidos es *nervios*. Como mis informantes utilizaban este término con frecuencia —con relación a un familiar psicótico— lo explicaré extensamente en el siguiente párrafo.

2.4 Cultura, psicosis y sanidad mental

EL TÉRMINO 'NERVIOS'

Cuando entablas una conversación con los nicaragüenses sobre salud y enfermedad llama la atención lo mucho que utilizan la palabra «nervios». Casi todo el mundo ha tenido alguna vez este problema y algunas personas lo tienen de forma crónica. El significado de 'nervios' no se puede resumir en un solo síntoma. Las molestias pueden variar desde preocupación, nerviosismo o tensión hasta depresiones leves y graves. Además de los problemas emocionales, el término 'nervios' puede aludir también a serios trastornos mentales. Intento de suicidio, «locura» o comportamiento agresivo pueden ser consecuencia de padecer 'nervios' (Newton, 1978, en Guarnaccia *et alii*, 2003: 342). También cambia la forma en que las personas utilizan el término. Guarnaccia *et alii*, en su investigación en Puerto Rico sobre nervios, manejaban tres categorías: ser nervioso, padecer de los nervios y tener ataques de nervios. Aunque las variaciones son interminables. Estos son algunos comentarios de los que tomé nota en Nicaragua:

Un padre hablando de su hijo psicótico que nunca habla:

Por la enfermedad se pone bastante nervioso.

Una mujer sobre la noche anterior a la mañana en que recibió la noticia de que su hijo había fallecido en un bombardeo:

En la noche me agarró un nervio, pero yo no sabía nada.

Un señor hablando de un niño vecino psicótico:

Cuando él toma su medicamento, él controla su sistema nervioso.

Una niña psicótica ve un día en el salón a una mujer vestida de blanco. Su madre, refiriéndose a este acontecimiento:

Ella se llenaba de nervios al ver a esa mujer.

El origen de esos 'nervios' es, según Scheper-Hughes, el mismo en todas partes. El fenómeno surge entre grupos de gente pobre y marginada de la sociedad.¹⁹ Scheper-Hughes llama 'nervios' a «la expresión psicósomática del estrés social originado por la familia, la comunidad o por conflictos y tensiones relacionados con el trabajo» (1988: 432). Según ella, 'nervios' es un modismo cultural por el cual las personas expresan su enfermedad (*ibid*: 441). Scheper-Hughes hace especialmente referencia al hambre (crónica), pero imagino que un tejado con goteras, un esposo violento o la preocupación por un hijo enfermo pueden también originar 'nervios'. Juanita, una mujer que conocí en Matagalpa, padecía de 'nervios' después de que un ladrón le robara sus cosas mientras dormía. En el caso de una madre de un buen amigo, eran los malos recuerdos del pasado lo que le causaban 'nervios'. Y así hay muchos ejemplos. Como ilustración describiré el encuentro que tuve con un señor que llamó a mi puerta para preguntar si podía cortar el césped de delante de mi casita. Él también tenía 'nervios'...

El señor calza zapatos rotos en sus pies sin calcetines y lleva un machete y un saco de yute. Dudo en darle la tarea. Al decirme que le puedo pagar con arroz o frijoles cambio de opinión. No puedo negar a las personas que están buscando trabajo simplemente para poner comida sobre la mesa. Le digo que le pagaré 20 córdobas por el trabajo, pero que ahora no tengo el dinero. Quedamos para el día siguiente. Entonces me pregunta si entre tanto

19 El término 'nervios' en su significado literal también se utiliza en países occidentales (por ejemplo, en España). Así se expresa el que se tenga nervios, que se esté nervioso o muy tenso. En estos casos se trata de sensaciones de carácter temporal, no de una enfermedad como a lo que se refiere Scheper-Hughes.

tengo algo de arroz o frijoles. Voy a la cocina a coger un paquete de arroz. Lo guarda en el saco de yute. Le pregunto su nombre y dónde vive. Resulta ser muy lejos. Hablamos un poco más y al decirle que soy enfermera me pregunta si sé de algún medicamento que le ayude a dormir. Dice que tiene problemas de 'nervios'. Le pregunto qué quiere decir con eso. Me cuenta que sus amigos le han dicho que está 'aquí', y señala a la parte inferior trasera de su cabeza. Según el señor, probablemente tiene que ver con vitaminas. 'Pero ¿cuáles son tus dolencias?', le pregunto. Como de costumbre, no me da una respuesta clara, por lo que tengo que hacerle preguntas sugerentes. «¿No puedes dormir?» «No.» «¿Por qué no puedes dormir?» «No sé.» «¿Porque piensas en cosas?» «Sí.» «¿Qué cosas?» «No sé.» «¿Problemas?» «Sí». (Diario de campo, 6 de abril de 2004)

Finalmente, el señor me cuenta que sus problemas empezaron tras un atraco con violencia en la calle. Cinco individuos le dieron una paliza y le robaron el poco dinero que llevaba encima. El comentario referente a un problema de vitaminas es característico de cómo se explican los 'nervios' en Nicaragua. Los problemas sociales (y los psicológicos como consecuencia de estos) se medican. Scheper-Hughes escribe lo siguiente acerca de la medicación de los problemas sociales en los barrios marginados de Brasil:

Como los residentes [...] sufren realmente dolores de cabeza muy fuertes, temblores, debilidad, cansancio, irritabilidad, llanto de ira y otros 'síntomas' de lo que ellos llaman 'nervios', acuden a los médicos y farmacéuticos [...] para que 'curen' su 'enfermedad' [...] Quieren medicamentos, medicamentos fuertes y poderosos para que los pongan 'fuertes' y 'sanos' y 'con ganas de vivir' [...] Y no se van hasta que les prescriben esta potente medicina: vitaminas, fortificadores, pastillas para los nervios, suero; pero también antibióticos, calmantes y pastillas para dormir. Y, si tienen 'suerte', incluso se las dan sin tener que pagar por ellas. (*ibid.*: 448, trad. lmb)

En mi opinión, hay algo de rabia y cinismo en las palabras de Scheper-Hughes: ¡el propio sistema estimula la medicación de los problemas sociales! Aunque los médicos, individualmente, en ocasiones no tienen elección, según Scheper-Hughes parece que el propósito es tener controladas a las masas. «Una vez que está bien medicada, el grito de protesta y rechazo es silenciado, y el mensaje de desesperación en la botella se pierde para siempre» (Scheper-Hughes, en Schwartz *et alii*, 1992: 245, trad. lmb).

En Matagalpa, la situación se parece a la de los barrios marginados de Brasil. Muchos de los nicaragüenses que conocí que

padecían de ‘nervios’ tomaban medicamentos para sus dolencias. Juanita, la mujer a la que robaron, toma pastillas para dormir; la madre del amigo que padece de malos recuerdos tomaba complejos vitamínicos, calmantes, relajantes y pastillas para dormir; y el resto de personas que se quejaron de ‘nervios’, como el señor que llamó a mi puerta, seguro que toman tanto como económicamente pueden permitirse. Los ‘nervios’ controlan la vida de muchas personas, y el término se utiliza con tanta frecuencia que, sin darme cuenta, empezó a formar parte de mi propia vida. Dormir mal, dolor de cabeza e irritabilidad empecé a traducirlos con el término ‘nervios’. Ese era el término que aplicaba a mi estado físico y mental, y con el cual me expresaba. Aunque mis ‘nervios’ no tenían el carácter crónico del de muchos nicaragüenses. Cuando tenía problemas de ‘nervios’, intentaba pasar el día un poco más tranquila y me cocinaba una comida sana. Siempre funcionaba. Esta aparentemente sencilla solución no está lamentablemente al alcance de los nicaragüenses pobres. Para empezar, porque después de pasar el día un poco más tranquilos, lo cierto es que no hay dinero con el que prepararse una comida así.

NERVIOS Y PSICOSIS

El término ‘nervios’ también se utiliza por los informadores cuando hablan de su familiar, amigo o conocido psicótico. El de ‘nervios’ resultó ser un fenómeno que podía tanto provocar comportamiento psicótico como describirlo. Por falta de tiempo no he podido realizar un análisis específico del uso del término ‘nervios’ relacionado con la psicosis y el comportamiento psicótico en Nicaragua. Por esto me apoyo en la investigación que hicieron Guarnaccia *et alii* (2003) en Puerto Rico; lo cierto es que en los diversos países latinoamericanos se dan numerosas semejanzas en lo relacionado con el uso de este término. Por lo tanto, intentaré explicar lo que mis informadores querían transmitir cuando utilizaban el término ‘nervios’ utilizando las tres categorías que introdujeron Guarnaccia *et alii* en su investigación.

En primer lugar diferencian el *ser nervioso*. Podríamos decir que se trata, en este caso, de una característica del carácter. La

persona nace así. El origen puede estar en un embarazo complicado: quizás la madre ha sido maltratada física y/o psicológicamente, o bien bebía mucho, utilizaba drogas o ha estado desnutrida. Una de las consecuencias para el niño es vulnerabilidad en las situaciones difíciles. Se pone fácilmente nervioso, lo que expresa con abundantes lloros, con dolor de cabeza o irritabilidad (2003: 349-350). Sobre todo esto último es una parte del comportamiento que se puede identificar en las personas psicóticas. Se pueden enfadar por cosas aparentemente sin importancia. Este comportamiento de excitación deriva frecuentemente del miedo y los pensamientos paranoicos. En ese momento, sus familiares todavía no lo relacionarán con la enfermedad. Su familiar está *nervioso*.

La segunda categoría que manejan Guarnaccia *et alii* es la de *padecer de los nervios*. Se trata de una 'enfermedad' que se desarrolla a una edad avanzada. El origen de esta enfermedad está en los problemas y acontecimientos traumáticos. A menudo se nombra la guerra como un factor causante, pero también la muerte de los seres queridos. Los síntomas son diversos: numerosos pensamientos que la preocupan, el hablar rápido, no poder estarse quieto, estallar en cólera u otro sentimiento (*ibid.*: 351-352). Podemos extraer similitudes con el comportamiento de personas que padecen vivencias psicóticas, ya que estos también se muestran inquietos a menudo, cambian continuamente de tema durante una conversación, y se ríen a carcajadas o se enfadan mucho en situaciones que para otros no tienen ninguna importancia. En el capítulo 7, una madre narra cómo sus hijos cogieron 'nervios' por la guerra, pero también en otros capítulos oímos a algunos padres decir que sus hijos psicóticos padecen 'nervios'.

La tercera categoría es la de *tener ataques de nervios*. Los ataques los ocasiona, según Guarnaccia *et alii*, un acontecimiento muy estresante. La persona empieza a llorar o a gritar de una forma descontrolada, tira cosas, se cae al suelo y empieza a temblar y sacudirse, o bien se está quieta como si estuviera muerta. Los ataques duran poco tiempo y, por lo general, la persona no recuerda después nada o casi nada (*ibid.*: 352). En los capítulos 4 y 6, varios informadores hablan de los ataques de nervios de ciertos familiares psicóticos. Los ataques tienen similitudes con la descripción de Guarnaccia *et alii*, aunque poseen otra naturaleza.

Se trata de un periodo, más o menos largo, en el que el familiar psicótico habla en voz alta o grita, insulta o lanza cosas. Según sus parientes, lo que hay que hacer durante un ataque así es tranquilizar a la persona o llevarle a una estancia separada para evitar que haga daño a la gente de alrededor. Aquí también se podría trazar una relación con las vivencias psicóticas. El fundamento de estos arrebatos es normalmente el miedo, las ideas paranoicas y las alucinaciones.

He intentado aclarar las causas, los efectos y los síntomas de los 'nervios', pero ¿qué son 'nervios' en realidad? ¿Cómo lo definiría? Cuando las personas me hablaban específicamente de sus familiares psicóticos, me describían una imagen de nervios «infectados, dañados y magullados». La razón de los 'nervios' es, según las familias que visité, de origen social, aunque el problema real, en cambio, es físico, y por tanto se tiene que combatir con medicamentos, preferiblemente después de haber hecho una radiografía de la cabeza (ver capítulos del 4 al 7, especialmente capítulos 4 y 5). ¿Está esto influenciado por los países occidentales? ¿Es la hegemonía del pensamiento biomédico que ha penetrado hasta las partes más pobres del planeta? ¿O quizás haya una presión social que haga que las personas somaticen la enfermedad misteriosa de su familiar? Al fin y al cabo, en casi todo el mundo el comportamiento psicótico despierta sentimientos de vergüenza. Es probablemente por esta razón por lo que las personas utilizan el término 'nervios' para describir la enfermedad misteriosa que tiene su ser querido. En cambio, los 'nervios' son un fenómeno socialmente aceptado en Nicaragua, por lo que no te tienes que avergonzar. Por el contrario, *locura* o *enfermedad mental* son términos muy estigmatizados. Jenkins (1988: 318) dice: «[...] el estar realmente 'loco' implica que la persona ha perdido la razón por completo, que no tiene ningún contacto con la realidad, completamente fuera de control y potencialmente impredecible y violento». Jenkins llevó a cabo una investigación entre familias mexicoamericanas que tenían un familiar al que se le había diagnosticado esquizofrenia. También ella se encontró con frecuencia con el uso del término 'nervios' para indicar la afección psicótica del ser querido. Le llamó la atención que el término 'locura' se asociara más bien a no tener esperanza de recuperación, mientras

que ‘nervios’ sonaba como algo menos grave. Además, los familiares opinan a menudo que su pariente no está ‘loco’. Alguien que esté loco no entendería nada, le comentó a Jenkins uno de sus informantes. También yo hablé en Matagalpa con familiares que decían que su pariente entendía ‘las cosas’, y que en ese aspecto ‘no tenía ningún problema’. En el caso de ‘locura’ la persona está completamente ausente del mundo que le rodea. En esos casos no entiende nada. Por el contrario, las personas psicóticas son capaces de responder preguntas de forma completamente adecuada. Por lo tanto, es comprensible que los parientes eviten la palabra ‘loco’, lo que no quita que las personas del barrio sí señalen asiduamente a la persona psicótica como tal. En el siguiente párrafo describiré con ayuda de un ejemplo las consecuencias de la estigmatización de enfermos mentales. También mostraré cómo, por esa misma razón, el estigma se mantiene firme en Nicaragua.

2.5 Estigmatizar

ESTIGMATIZAR EN EL DÍA A DÍA

El ejemplo tiene relación con una conversación que mantuve con el propietario de un restaurante en Matagalpa. Resultó que conocía la palabra esquizofrenia. Según él, las personas esquizofrénicas eran personas poco tolerantes y agresivas. Aun así, en la opinión del propietario, teníamos que ayudarles construyendo más hospitales psiquiátricos. El señor conocía también al psiquiatra de Matagalpa. Me contó que una persona cercana a él había asistido en alguna ocasión a su consulta privada por problemas mentales graves. Esta persona estuvo ingresada durante un tiempo en el hospital psiquiátrico de Managua, aunque en los últimos diez años ha mejorado bastante gracias a la medicación, según me contaba. A mi pregunta de qué medicamentos toma su conocido, mencionó tres tipos: «Litheo, phenobarbital y flufenazina».²⁰ Me da la impresión de que la persona de la que está hablando es

²⁰ Respectivamente son un estabilizador de ánimo, un antiepiléptico y un antipsicótico.

más cercana de lo que parece. ¿Cómo se explica si no que pueda hablar de medicinas tan difíciles de pronunciar sin tartamudear ni tener que pensárselo?

Unas semanas después de esta conversación me lo volví a encontrar por la calle. En ese momento yo estaba con dos amigos matagalpinos. Me saludó cordialmente y me invitó a volver a su restaurante. Me mantuve algo más distante debido al entusiasmo que en él percibí, así que me despedí con prontitud, prometiéndole volver otra vez. Mis dos amigos me comentaron que debía tener cuidado con aquel hombre porque solía traspasar el «espacio personal de las mujeres». Además, añadieron que tenía la mano «muy suelta», que a su mujer le había pegado tanto que se había vuelto loca. Según mis amigos, en aquel momento la tenía encerrada en una habitación. Algo asustada (¡la persona 'cercana' era su mujer!), les pregunté de dónde habían sacado esa información. Dijeron conocer la historia de oídas. Aun así, están convencidos de que era un hombre violento y de que tenía a su mujer encerrada.

Unos días después pasé junto al restaurante y resolví entrar. Me atendió una niña, que me dijo que el propietario no volvería hasta después de las ocho de la tarde. Me quedé un poco como esperando, hice preguntas sobre el precioso patio que hay detrás del restaurante, sobre las numerosas habitaciones que hay alrededor del patio, si también alquilan habitaciones («no»). Finalmente le pregunté si conocía a la mujer del propietario («sí»), si también vivía allí («sí»), y si alguna vez salía de su habitación («por supuesto»). Le dije que me gustaría conocerla, a lo que la niña me respondió que en ese caso mejor esperara al dueño del restaurante. Justo cuando ya no sabía qué más decir, vi de reojo a una mujer pequeña y delgada que cruzaba el patio. «¿Es ella?», le pregunté. Sí, era Manuela, la mujer del propietario del restaurante. Al parecer, escuchó pronunciar su nombre, porque preguntó que quién estaba ahí. Di un paso hacia delante y me presenté. Manuela resultó ser una mujer amable, habladora y lista, si bien con aspecto enfermizo. Su piel estaba pálida, como si fumase cien cigarrillos al día (lo que probablemente haga), tiene granos en la cara, su pelo tenía un tono mate y estaba muy delgada. Averigüé

que todos los meses su marido le ponía una inyección²¹ para, como ella dijo, mantener su estado controlado. Afirmó que no sabía qué enfermedad padecía: según ella, el psiquiatra nunca mencionó un nombre. Pero me dijo que si quería podía leer su informe, que seguro que lo tenía todavía. También me pidió que le diera muchos recuerdos de su parte al psiquiatra, que en su día le ayudó mucho.

Aliviada, abandoné media hora más tarde el restaurante. Las imágenes de horror de un hombre que encierra a su mujer, la droga, la viola y la maltrata resultaron no estar basadas en la realidad. Por mi cabeza ya había pasado la idea de acudir a la policía, pero lo cierto es que también me había dejado llevar fácilmente por las habladurías. Las semanas siguientes me encontré regularmente en la calle con Manuela.

IMAGEN FORMADA, VERGÜENZA Y HABLADURÍAS

El ejemplo que he planteado contiene tres elementos que determinan el estigma relacionado con las personas psicóticas en Nicaragua. En primer lugar, la idea de que 'las personas esquizofrénicas son agresivas y poco tolerantes'. Según los nicaragüenses, esta imagen se la deben a ellos mismos por ir desaliñados y hablando solos por la calle. Puede que estén enfermos, pero no están dispuestos a ser educados; están por encima de las normas sociales y son malas personas. Irónicamente, el propietario del restaurante está hablando de un grupo de personas al cual su esposa pertenece, aunque sus síntomas estén controlados por medicamentos. Parece ser que esto no le retrae de hablar negativamente de los enfermos mentales. El propietario del restaurante es, al mismo tiempo, víctima y responsable de mantener vigentes los prejuicios. Y esto, en parte, es consecuencia del siguiente elemento, a saber, la vergüenza: «Una persona cercana a mí tenía problemas mentales». El hombre está hablando de su mujer, pero prefiere no

21 En Nicaragua, las inyecciones las ponen a menudo vecinos, conocidos o familiares, alguien con algo de experiencia en el campo de salud, y en ocasiones han aprendido a ponerlas por comodidad.

decirlo. Elías (1939) sugería que la vergüenza surgía del temor a la degradación social, dicho de forma más general, a los gestos de superioridad de otras personas. En su opinión, se trata de un conflicto entre el individuo y la opinión generalizada de la sociedad; pero también de un conflicto entre el individuo y la parte de él que representa a la sociedad (*ibid*: 292-293). La elección del propietario del restaurante de no contar que su mujer padecía problemas mentales es característica de este tipo de conflictos. Detrás de la vergüenza se encuentra un proceso complicado que quizás podamos entender mejor si lo vemos como un mecanismo. El mecanismo consiste en adoptar la postura que otros tienen para nosotros con nosotros mismos. Elías lo llama *self-constraint*, o sea, 'auto coacción'. El avergonzarse de familiares 'locos' se da en todo el mundo. El comportamiento del propietario del restaurante, por tanto, no es solamente típico de Nicaragua.

Finalmente, el tercer elemento, las habladurías: «Por las palizas del marido la mujer se volvió loca y ahora la mantiene encerrada en una habitación». En la sociedad se intercambian prejuicios y mentiras que hacen víctimas de las personas psicóticas y sus familiares, mientras que lo que en realidad necesitan es comprensión y más atención. En Nicaragua el chisme es un fenómeno que tiene mucha influencia. Las personas son conscientes de esto y, por tanto, son muy reservadas en cuanto a los asuntos privados. Nos podemos preguntar hasta qué punto esta introversión estimula más los cotilleos, aunque en el caso del propietario del restaurante parece que esto es justamente lo que sucede.

COMBATIR EL ESTIGMA

En el prólogo del Manual nicaragüense para la sanidad mental se dice:

Nadie tiene la culpa por las pocas informaciones ciertas que se tienen sobre las enfermedades mentales pero muchos tienen la culpa de no tener en cuenta esta incertidumbre, de aparentar que las cosas son claras y ciertas. (Ministerio de Salud, 1992: 11)

Señalar a los culpables resulta algo difícil, pero sí está claro que es importante rectificar para hacer más llevadera la vida de las personas psicóticas y de sus familiares. Además del Ministerio de Salud, las personas que mejor pueden llevar esto a cabo son los mismos enfermos mentales y sus familiares. Estos no deberían ocultar más su situación. Mientras que ellos mismos —por ejemplo, el propietario del restaurante— sean parte del problema, no se solucionará nada. Las imágenes estigmatizadas seguirán existiendo en la sociedad y no se podrá contar con ninguna comprensión. De lo contrario, si los familiares cuentan su historia al exterior, las autoridades, los asistentes de salud y el resto de la sociedad tendrán mejor acceso a la realidad. El beneficio reside en recibir más atención. No solamente encontrarán los familiares apoyo y comprensión entre ellos, sino que por tener más atención será más fácil ejercer presión a las instancias relevantes, como el Gobierno, para conseguir mayores provisiones de fondos.

Para las personas pobres de Nicaragua es difícil dar el primer paso. Por lo general necesitan todas sus energías para mantenerse a flote. Seguir a la masa parece el camino más fácil. Estas personas solo se tienen a sí mismas y un buen tratamiento de la psicosis está muy lejos de su alcance; se tienen que conformar con medicamentos antiguos, modales astutos y soluciones preventivas que no cuestan nada. Teniendo en cuenta las circunstancias en las que viven muchas personas pobres, resulta muy importante transmitir un buen conocimiento acerca de los trastornos psicóticos. El simple hecho de que familiares y amigos adquieran algo de información acerca de la enfermedad hace que el acercamiento al paciente sea más eficaz: cuando una vecina puede echar una mano para descargar de trabajo a la madre; cuando un conocido le pide hacer trabajitos para entretener al paciente, cuando se emprenden sencillas actividades para hacer más llevadera la vida de las personas psicóticas y sus familiares, etc.

De esta forma, estas personas estarán mejor preparadas en el caso de que la sanidad biomédica llegue a ellas. Será beneficioso si se dedica tiempo a la lucha contra la estigmatización. En numerosos países occidentales este desarrollo se desvió. Las autoridades construyeron hospitales para pacientes psiquiátricos, pero con respecto al estigma que había sobre ellos no se hizo relativa-

mente nada²². En parte es por esto por lo que la desinstitucionalización de la sanidad mental es un proceso lento. La lucha contra el estigma tiene que avanzar, como mínimo de forma paralela, con el equipamiento psiquiátrico; pero ¿por qué no podría tener lugar antes? Hay que prestar atención a los factores que, como la vergüenza, el miedo, la escasa confianza en uno mismo y la falta de energía, dificultan tanto el proceso de lucha contra la estigmatización. Será necesario que terceras partes, como las ONG y el Ministerio de Salud, apoyen a los pacientes y a sus familiares en el proceso de lucha contra el estigma.

* * *

En conclusión, la forma como los nicaragüenses cuidan de sus enfermos mentales viene determinada por diversos factores contextuales. En este capítulo he intentado llamar la atención sobre algunos de ellos y mostrar la relación existente. Como escribió Cohen (2001) en un informe para la Organización Mundial de la Salud, los factores políticos y económicos también son determinantes para el éxito en la sanidad mental. Nicaragua es un país con mucha pobreza, en parte debido a acontecimientos históricos. La macropolítica, encaminada al crecimiento económico, hasta ahora solo ha dado lugar a una disminución del acceso de la población pobre a la ayuda para la sanidad mental. Las personas que están desempleadas o que están trabajando en la economía informal quedan fuera de la ayuda sanitaria, que es privada. Es en parte por esta razón que en Nicaragua existe un amplio circuito de curanderos tradicionales. El Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial no mencionan a este grupo. Quizás sea una consecuencia de la separación que quieren manejar entre la sabiduría popular y la ciencia, pero también un desconocimiento del 'sistema de sanidad de los pobres'.

Además de todo esto, existe también en Nicaragua el estigma ancestral relacionado con las personas psicóticas: «son locos peli-

²² Las iniciativas de lucha contra el estigma surgían de la propia sociedad.

grosos con los que no se puede hacer nada». Como consecuencia, los pacientes y familiares sufren todavía más. Se ven obligados a esconder u ocultar su difícil situación. Para hacer sus vidas más llevaderas es importante, además de conseguir mejoras en el sistema de sanidad mental, poner en funcionamiento los procesos necesarios para eliminar el estigma existente. Para esto, las autoridades tendrán que emprender una acción firme, pero también los propios pacientes y sus familiares tendrán que dar un paso hacia adelante.

CAPÍTULO 3

SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN MATAGALPA

En el *Informe Mundial para la Salud Mental* (1995: 53) escriben Desjarlais *et alii*: «En todas las sociedades se tratan las enfermedades mentales por curanderos y especialistas, haya o no médicos de cabecera o psicólogos disponibles». El cómo sucede varía, dicen los autores, según la región y tradiciones médicas. En este capítulo se podrá conocer cómo se tratan las enfermedades mentales en Matagalpa. Describimos cinco encuentros con personas que, según su particularidad, atienden o intentan ayudar a personas con trastornos psicóticos. Las personas con las que hemos hablado son: una naturista, un espiritista, un psiquiatra, un diácono y un legislador. Estos encuentros se relatan con el propósito de que el lector se pueda hacer una idea de las posibilidades al alcance de las personas pobres de Matagalpa para ayudar a su familiar psicótico.

3.1 Una curandera

HELENA

En Matagalpa y sus alrededores trabajan aproximadamente 250 curanderos.²³ En la literatura mexicoamericana se los describe como individuos que comparten con sus pacientes una misma descendencia sociocultural. Pueden ser tanto hombres como mujeres. Los curanderos utilizan hierbas (jarabes) para curar las enfermedades, aunque cuando la dolencia tiene un carácter sobrenatural también llevan a cabo rituales mágicos. Al interesarme por

²³ Este número nos lo ha facilitado un cura que visita los 72 barrios de Matagalpa. Las familias que visita son las que le comunican los datos. Algunos curanderos son conocidos, otros trabajan en la clandestinidad.

curanderos en Matagalpa encontré a Helena, una mujer, sola, de unos cincuenta años y con doce hijos. Aunque todo el mundo la llama curandera, ella prefiere llamarse 'naturista', para indicar que su especialidad es la de utilizar plantas y hierbas.



La naturista Helena y su asistente

Helena me cuenta que a los siete años de edad empezó a buscar y preparar plantas y raíces. Dice que ya entonces tenía el deseo de curar a las personas. Experimentando, ha logrado aprender por su cuenta acerca de las plantas y raíces curativas. Nunca aprendió a leer y escribir. A la primera persona que curó fue a su hermano mayor, que tenía asma. Cuando descubrió que determinadas hierbas y raíces hacían desaparecer los síntomas de la enfermedad, hizo también la prueba con otras personas. Contrariamente a otros curanderos, Helena no ha tenido una ma-

dre o abuela que la guiara. Su tío-abuelo sí era curandero, pero no lo llegó a conocer. Ella piensa que su talento para curar a las personas es en parte hereditario, pero que sobre todo es un don de Dios.

Unas cien personas visitan diariamente la consulta de Helena en su casa. Las personas vienen de todas partes porque han oído que Helena es una buena curandera. Tanto Helena como sus pacientes dicen que es importante tener fe en el tratamiento para que este funcione. El fundamento de esta fe proviene de las historias de que 'fulanito y menganito' se han curado. Otra razón es que, a menudo, las personas no acuden a un curandero cercano, sino a otro que vive a horas de distancia de su lugar de residencia. Helena opina que el que ella sirva calientes sus jarabes de hierbas a los pacientes aumenta la fe en su tratamiento. La seriedad con la que Helena y sus pacientes hablan de la importancia de la fe es para mí una revelación. En los países occidentales se ridiculiza a las personas que creen en 'esa tontería', mientras que aquí se toma en serio como mecanismo psicológico. La parte más importante del tratamiento no es el funcionamiento de las hierbas sino la *fe* que se tiene en su funcionamiento.

Dentro del sistema de sanidad biomédica también se utiliza este mecanismo a gran escala, aunque no sea de forma manifiesta. Los médicos recetan innecesarios complejos vitamínicos con el propósito de poner en marcha un proceso de curación que en realidad es el paciente mismo el que lo lleva a cabo. El uso de este llamado *efecto placebo* se ha demostrado en diversos estudios y se usa cada vez más cuando determinados requisitos se cumplen. El requisito más importante es la confianza que se tiene en la persona que le atiende, pero también influye el lugar donde se administra y la forma que tiene el remedio (Whyte *et alii*, 2002: 29). Los curanderos tradicionales saben que es muy importante ganarse la confianza de sus pacientes. Un ejemplo de cómo Helena persigue este propósito es sirviendo las infusiones de hierbas calientes. Un informe de una visita a su consulta:

La sencilla casita de Helena se encuentra en un camino de arena de un barrio periférico de Matagalpa. Enfrente se está construyendo una casa más grande de ladrillos donde en un futuro vivirán los hijos de Helena. Los negocios le van bien. En la entrada de la primera casita hay unas diez personas es-

perando, sentadas en dos bancos de madera. En la acera también hay personas sentadas. Helena los va llamando uno por uno a una habitación contigua. En esta habitación hay dos niños tumbados en un sofá mirando un televisor. La consulta, que se pasa en esta habitación, transcurre de la siguiente manera: tanto Helena como el paciente se quedan de pie. El paciente entrega a Helena una botellita con orina. Ella lo agita y lo mira. Casi siempre hace una o dos preguntas y se conversa un poquito (con preguntas del tipo: «¿Has tomado las medicinas de la vez anterior?»). El paciente asiente con la cabeza y aprueba el diagnóstico de Helena (incluso, en ocasiones, son varios los diagnósticos que realiza con una única orina), le entrega una botella de refresco vacía, un bidón pequeño o una bolsita de plástico. Ahí pondrá Helena más tarde los jarabes medicinales. Muchas veces el paciente trae varias orinas y botellas vacías («este es de mi hija, este de mi padre y este es el mío»). En una tercera estancia contigua se preparan los jarabes en una lumbre de leña. De las paredes cuelgan sacos llenos de plantas, especies y raíces que los familiares y amigos recogen en las montañas. En una mesa Helena echa el jarabe en las botellas. A veces mezcla una pastilla pulverizada que ha comprado en la farmacia, un laxante, por ejemplo. Las personas pagan de 30 a 50 córdobas (1,20 a 2 euros) por un litro de jarabe que les durará una semana. (Diario de campo, 13 de febrero de 2004)

PACIENTES PSICÓTICOS

Además de enfermedades físicas, Helena también cura trastornos mentales. Cuando le pregunto por ellos, nombra en primer lugar la epilepsia²⁴. A la pregunta de si también acuden personas que hablan solas, que piensan cosas raras o ven cosas que otros no aprecian, me contesta de forma afirmativa. Después de meditar un poquito nombra la palabra depresión: «esta es la enfermedad que tienen estas personas». En su opinión, son frecuentemente agresivas, probablemente debido a la posición de la luna, el uso de drogas, la mala alimentación o un golpe en la cabeza. «Tienen los nervios alterados», según dice, y afirma que es capaz de curarlos. El tratamiento consiste en inyecciones de vitaminas que compra en la farmacia y jarabes hervidos. Sirven para relajar al paciente. Me da la impresión de que Helena no está regularmente en contacto con este tipo de pacientes, ya que no recuerda ejemplos concretos. Por lo general, son los familiares del paciente los

²⁴ La epilepsia se considera en Nicaragua una enfermedad mental.

que vienen a visitarla y se llevan los jarabes curativos a casa. Me pregunto hasta qué punto aplica en estos casos la tan importante fe. ¿Funcionará también el tratamiento si solamente los familiares del paciente (psicótico) tienen fe? Hablando estrictamente me parece imposible, y seguro que es una de las razones por las que las familias que he investigado no han tenido buenos resultados con curanderos tradicionales.

Estando con Helena viene una señora a recoger un tratamiento para su hija de 19 años que padece de nervios y agresividad. Me cuenta que el año pasado se cortó las venas porque su novio rompió con ella. Quizás el beber en exceso de su hijo mayor también contribuyera al intento de suicidio. La hija está ahora muy delgada, llora mucho, se muerde la mano y respira profunda y rápidamente. En su fuego de leña Helena cuece agua con nuez moscada, canela, ruda, albahaca y menta. Además, le añade un líquido comprado en la farmacia que contiene espíritu de castor, valeriana, agua florida e incienso. La olla completa se vacía en las botellas de Coca-Cola de todas las personas que tienen dolencias de 'nervios'. Después de coger su botella, la mujer con la hija enferma me cuenta que en el hospital le han dicho que tiene que llevar a su hija a un psicólogo, pero que hasta ahora no lo ha hecho. La razón que da es falta de tiempo, ya que su hija está estudiando. Como medio preguntando me dice: «pero tendría que ir a un psicólogo ¿verdad?». En mí ve, como mujer europea, una partidaria del sistema de sanidad biomédico.

MEZCLA DE TRATAMIENTOS

Preguntando a varios pacientes el por qué visitan a Helena, me doy cuenta de que para ellos el curandero es familiar. Los médicos, y especialmente los psicólogos y los psiquiatras, dan miedo. Además, los médicos disponen de poco tiempo, están sumergidos en papeles y son frecuentemente antipáticos. En muchas ocasiones los pacientes tienen la sensación de que los médicos no solucionan sus dolencias.

Una opinión muy difundida es que una diferencia en el entorno cultural entre el asistente de salud y el paciente acarrea una influencia negativa en el tratamiento. Según varios investigadores, cuanto más conocimiento médico relacionado con el caso se comparta, mejor será la comunicación mutua y más éxito tendrá el tratamiento. Esta sería una de las razones por las que los pacientes prefieren curanderos tradicionales, ya que con este tipo de asistentes de salud comparten las mismas ideas y conocimientos con respecto al tratamiento (Finkler, 1984: 196-197). Aunque Finkler descubrió que en México los pacientes, de todas formas, no sabían nada acerca de los jarabes de hierbas que utilizaban los curanderos. Tenía la impresión de que las personas preferían que no se les cargara con demasiados detalles técnicos. En su opinión, el éxito del tratamiento no está relacionado con el entorno cultural en común o el conocimiento médico del caso que se pueda tener, si no más bien de que coincidan las expectativas del paciente y el curandero (*ibid*: 207).

Probablemente también esté relacionado con las expectativas el que las personas con las que hablo en la consulta de Helena estén en su mayoría decepcionadas con los médicos. Lo que las personas esperan de un médico son medicinas. Según los pacientes de la consulta de Helena, no siempre hay medicinas en las instancias públicas y en las farmacias están caras. Los jarabes medicinales de la curandera son relativamente más baratos.

Hay otras razones para sustituir al médico por un curandero tradicional. Un señor con una botellita llena de orina marrón oscura me comenta que visita a Helena porque el médico del hospital le ha dicho que ya no puede hacer nada por su padre, que tiene cáncer de hígado. Pero Helena le ha dicho que ella sí puede ayudar. Los médicos y curanderos no solo se visitan uno después del otro, sino que también se acude a ellos de manera simultánea. La señora con la hija que padece de nervios y agresividad también consulta a Helena personalmente. Helena le dio un jarabe para un dolor en el corazón, aunque para la tensión alta toma unas pastillas que le ha recetado el médico. Cuando le pregunto por qué Helena no le trata también esta dolencia, contesta que ella nunca le diagnosticó que tenía la tensión alta.

La existencia paralela de asistentes de salud biomédicos y tradicionales tiene en ocasiones como consecuencia la mezcla de tratamientos. Helena combina sus preparados naturales con medicinas que compra en la farmacia. Aunque dice que sus medicinas son más fuertes, no mantiene una postura negativa hacia la biomedicina. Muchos investigadores opinan que la mezcla de tratamientos es un resultado típico del avance del sistema de sanidad biomédico occidental en países pobres. Desde hace más de treinta años, los investigadores aconsejan a los médicos que dialoguen con los curanderos tradicionales, para así poder utilizar sus respectivas cualidades de manera recíproca (Kline, 1969: 94, en: Trotter II *et alii*, 1981: 169-172; Desjarlais *et alii*, 1995: 54). Sin embargo, parece ser que estos consejos han caído en desuso. Los asistentes de salud biomédicos prefieren ver desaparecer a los curanderos. El psiquiatra de Matagalpa los llamó estafadores delante de mí (ver 3.3). Como no hay intercambio de información, los curanderos experimentan a su vez por cuenta propia con métodos de tratamientos occidentales. Desjarlais *et alii* lo dicen muy bien: «El desarrollo de los servicios psiquiátricos se debería conducir con una cuidadosa atención al sistema médico étnico» (1995: 54). Pero en Nicaragua la brecha entre la medicina tradicional y la biomédica es tan grande que una colaboración no podría llegar a buen puerto. Helena es consciente de que no todo el mundo valora sus actividades. Me cuenta que hay personas que pasan por su puerta y la llaman bruja y estafadora, aunque ella solamente quiere ayudar a las personas, y va a la iglesia regularmente. Le da pena, y en ocasiones le asalta el miedo, pero no tiene más remedio que seguir con su trabajo. Es su vocación y eso no se puede negar.

3.2 Un espiritista

SERGIO HERNÁNDEZ

Casi todos los padres de las familias que he investigado han visitado a un brujo en búsqueda de curación para su hijo psicótico. Ninguno de ellos hablaba con soltura de sus experiencias. Ronda un aire de misterio en torno al grupo de los brujos.

Preguntando por 'brujos' llegué donde Sergio Hernández, de unos cuarenta años de edad. En el cartel de su consulta ponía *espiritista y parapsicólogo*. Sergio me explicó más tarde, los brujos utilizan la magia negra, mientras que los espiritistas justamente se dedican a deshacer esta magia. O sea, las personas visitan un brujo cuando quieren hacer daño a alguien y a un espiritista cuando quieren anular ese daño. En cambio, y a partir de las conversaciones con los padres que visitaron a un brujo, pude deducir que estos sí anulan maldiciones y expulsan a malos espíritus. La pregunta, entonces, es hasta qué punto estos brujos se llaman a sí mismos 'brujos' o si, al igual que a Sergio, son llamados así por los demás. De cualquier forma, aunque para Sergio esta distinción es muy clara, muchos nicaragüenses utilizan los términos de manera ambivalente. Por otra parte, la forma de curar de Sergio se denomina *curanderismo* en la literatura, tal y como él la describe más adelante. La decoración de su oficina y la forma en que más tarde escribiría mi nombre en un papel para mirarlo largamente, están descritos literalmente en el libro *Curanderismo* de Trotter II, en Chavira (1981: 151, 156). Como aclaración, yo me atenderé aquí a las denominaciones que las personas se dan a sí mismas.

Parapsicólogo es un cargo de asesoramiento que Sergio ejerce además del de espiritista. En esta función habla con las personas de los problemas personales, familiares o de negocios. Él lo llama terapia psicológica. Aunque su actividad principal sigue siendo expulsar espíritus infernales. Para hacer esto colabora con espíritus celestiales, al igual que sus tres hermanos. Los hermanos han heredado este don excepcional de su padre, que era médium.

La consulta de Sergio está en una bonita localidad del entorno de Matagalpa. Sospecho que es el brujo más rico, o en su caso el más caro, de Matagalpa. Su clientela procede sobre todo de fuera de la ciudad. Según mis amigos escépticos, los clientes de Sergio son católicos que creen en la brujería y que disponen de suficientes medios económicos para contrarrestar el miedo a sus efectos negativos. Los matagalpinos con los que he hablado están convencidos de que también hay nicaragüenses pobres que ahorran para ello.

Mi visita a la consulta de Sergio transcurrió de la siguiente manera:

Llevo un ratito esperando en la vacía sala de espera de Sergio cuando me llama. Justo acabo de leer un artículo de periódico colgado de la pared, en el que una mujer relata que Sergio la ha curado de unos dolores insoportables. En el artículo hay una foto de una encantadora señora sonriente de unos cuarenta años [...]. Me dirigen a un pequeño despacho. Hay un escritorio con un sillón de despacho y dos sillas de plástico. Detrás del escritorio hay colgada de la pared una cruz de piedra de dos metros con Jesucristo, y detrás tres trozos de tela brillante: rosa, blanca y azul. El decorado de la habitación recuerda al de una iglesia evangélica. Encima del escritorio hay una pequeña cruz de madera. También veo una pequeña calavera de piedra con pelo de pelusa y dos cuerdecitas que salen de la cabeza. Inicialmente, Sergio se sienta a mi lado. Pero cuando me pregunta mi nombre y estudios, se sienta detrás del escritorio para apuntarlos. Nuevamente le explico la razón por la que estoy aquí (averiguar qué ayudas existen para las personas psicóticas). Está encantado de ayudarme y me pregunta cuántos años tengo. A continuación me pregunta si tengo una relación y si he tenido aventuras. Algo sorprendida, le contesto que me gustaría ir al grano, y a partir de ahí empieza a explicarse. Está claro que Sergio no quiere dejar de llevar el control. Durante veinte minutos habla de su trabajo en términos generales sin que yo pueda decir ni palabra. Durante todo este tiempo mira fijamente con los ojos entornados al papel que tiene en la mano con mi nombre, y en el que ha escrito la palabra 'antropología' de forma completamente incorrecta²⁵. De repente, después de veinte minutos, levanta la mirada y, sin respirar, me dice: «¿Y las preguntas?» Eso no me lo tiene que repetir dos veces, así que le hago mi primera pregunta. (Diario de campo, 17 de marzo de 2004)

Sergio trabaja y vive desde hace cinco años en Matagalpa. Ha nacido en Estelí. Hace un total de veintidós años que trata, apoya y da consejos a personas que tienen 'enfermedades' o 'problemas de origen sobrenatural'. Según sus propias palabras ha curado a ciegos, paralíticos y personas con cáncer; enfermedades que normalmente no son de origen sobrenatural, pero en ocasiones sí. Cuando se da el primer caso, Sergio los envía a un médico regular. Está a bien con la ciencia médica, según el espiritista. A una mujer que acudió con el vientre hinchado creyendo estar embarazada por brujería, la envió al hospital. Resultó que era un tumor. Pero una niña que tenía todo el cuerpo infectado la trató

²⁵ Sergio probablemente se ha concentrado en el papel con mi nombre y la palabra antropología, y a continuación de su boca se ha escapado un aluvión de palabras. Por lo general, este es el momento en el que le dice a un paciente 'lo que tiene dentro' (Trotter II *et alii*, 1981: 156).

él mismo. El espiritista sabía que su enfermedad era de origen sobrenatural. Expulsó el mal y a los ocho días estaba completamente curada.

PACIENTES PSICÓTICOS

Sergio atiende a unos treinta pacientes al día. Entre ellos también se encuentran personas que oyen voces o ruidos, que ven cosas que otros no pueden ver, o tienen pensamientos extraños. El espiritista dice al respecto lo siguiente:

Nosotros miramos que hay espíritus que atormentan a la persona, convirtiéndolos en locos: hablan solos, vuelan piedras. Locos. Cuando ellos vuelvan a la normalidad y todo, es que han salido los espíritus infernales de estas personas.

Aunque, según Sergio, este comportamiento no siempre está causado por malos espíritus. En su opinión, al igual que las afeciones físicas, los problemas mentales pueden tener un origen natural²⁶. Le pido si me puede dar un ejemplo de cada una de las situaciones. A continuación me va resumiendo un caso detrás de otro, sin que yo pueda distinguir la diferencia. Me da la sensación de que Sergio utiliza sobre todo su intuición para determinar cuál es el tratamiento apropiado. Cuenta lo siguiente sobre un paciente que tenía experiencias psicóticas como consecuencia de causas naturales:

Consulté a un señor que le daba un temblor en el cuerpo, miedo, de nada se asustaba, oía voces y también miraba personas que llegaban a la casa. Les decía a los de la casa, que la casa estaba llena de visitas y no era nada y no era que le habían hecho daño o nada de eso; sino que el señor simplemente estaba pasando por una etapa bastante difícil. De alucinamientos, son alucinamientos que se dan. Le decía al hijo de él: «esto es como cuando uno tiene un sueño y después se le olvidó el sueño» pero él es una cosa que sí la mira, para él es real, por eso es que a ustedes les dice que sí es cierto, de que allí está la gente pero no es nada, entonces me dilaté con él bastante tiempo para volverlo a su normalidad pero ya está bien.

²⁶ 'Natural' significa en este caso 'biológico' u 'originado por acontecimientos que no son sobrenaturales', como por ejemplo traumas.

—¿Cómo lo trató?

—Pura terapia psicológica, hablar, platicar, ver que es lo que a él le ofendía, que si era el bullicio, mucha soledad o que si había tenido problemas anteriormente con hijos, con familiares o con personas.

De un paciente con experiencias causadas por fuerzas sobrenaturales cuenta Sergio:

Un caso fue el que hace poco... Me vino del hospital una chavala como de catorce años, desahuciada por la ciencia médica. Sin hallarle, se le perdió el apetito, el habla y todo, oía voces de una mujer que le decía que ella estaba hechizada, pues efectivamente sí, le saqué eso y quedó completamente curada.

—¿Cómo la curó?

—Eso se necesita meterla a siete sesiones sagradas, espirituales. Eso le toca a uno personal para en seguida transmitírsela a ella y ayudarle en el campo emocional que ella tiene y que darle el valor que ella tiene como jovencita y que ella va a tener un futuro mejor, ayudarla en consejería, también después que se le ha sacado un mal.

Las palabras, frases y descripción de situaciones de Sergio son sobre todo abstractas y haría falta una investigación más exhaustiva para entender bien y poder distinguir de forma más precisa los fenómenos psicóticos con orígenes sobrenaturales o naturales. Para mi investigación es interesante constatar que Sergio trata las afecciones psicóticas tanto de forma espiritual (sesiones espirituales) como de forma psicoterapéutica (hablando). Sergio no solo utiliza términos médicos (se llama a sí mismo *parapsicólogo* y habla de terapia *psicológica*), sino que también los pone en práctica.

COLABORACIÓN ENTRE CURANDEROS TRADICIONALES Y BIOMÉDICOS

Experimentar con medicinas biomédicas y tratamientos, como ahora se está haciendo (no solo por curanderos tradicionales, sino también por otros particulares, ver capítulo 5), sería menos peligroso si se hiciera con supervisión de asistentes biomédicos. Por otro lado, los asistentes de salud biomédicos pueden aprender de los curanderos tradicionales. Desjarlais *et alii* opina: «La planificación para aplicar el conocimiento psiquiátrico actual en

comunidades locales en Asia, África y América Latina debería esforzarse para ‘no hacer daño’ —es decir, mejorar las fuerzas locales en vez de eliminar lo que se puede considerar como irracional o tradicional desde la perspectiva de la biomedicina contemporánea» (Desjarlais *et alii*, 1995: 54). O sea, la administración pública no debería negar la capacidad de los curanderos tradicionales (o prohibirlos como muchas personas quisieran), sino precisamente usar sus cualidades.

Aunque, después de mi conversación, yo me pregunto hasta qué punto los curanderos tradicionales de Nicaragua quieren colaborar con asistentes de salud biomédicos. Sería apropiado investigar esta cuestión. Además, tengo que admitir, siendo asistente de salud biomédica, que *no* desearía la ayuda de Sergio para el tratamiento de una persona psicótica. Seguramente influenciada por el resto de nuestra conversación [...] tengo mis dudas sobre las cualidades de este espiritista.

Cuando le pregunto a Sergio cómo se hace un exorcismo, mira al reloj. Dice que tenemos que finalizar nuestra conversación porque tiene una cita con una señora de Chinandega. Le miro perpleja. Puede que sea coincidencia que justo en este asunto corte, no lo sé, pero tan rápido como empezó a contar, así de rápido se levanta y me da la mano en forma de despedida. Me pregunta si he apagado la grabadora y al contestar que sí, me dice que soy guapa e inteligente, tira de mí hacia él y me da un beso en el cuello. Con cuidado intento soltarme de su abrazo, pero dice de forma interrogativa: «¿beso?». Sin poder evitarlo me da un beso húmedo en los labios. «Sí, muchas gracias», le digo, y «por supuesto, volveré si hiciera falta». Me suelto definitivamente y me limpio la boca en cuanto estoy fuera. Más tarde, andando por la calle, me viene a la cabeza la idea de que este brujo, espiritista, parapsicólogo o como quiera llamarse, está en una posición tal que puede abusar de niñas y mujeres. (Diario de campo, 17 de marzo de 2004)

3.3 *El psiquiatra*

DOCTOR CASTILLO

En la provincia de Matagalpa (500.000 habitantes) ejercían dos psiquiatras en la temporada en que llevé a cabo mi trabajo de campo. Uno de ellos era un extranjero pensionado que hacía consultas privadas en casa, que no he llegado a conocer. El otro es

el doctor Castillo, psiquiatra que trabaja parte de su tiempo para los pobres en la sanidad pública. Castillo empezó sus estudios de médico y psiquiatra en 1979, poco después de la revolución sandinista. Junto a otros jóvenes que terminaban la educación secundaria, fue uno de los elegidos para estudiar a costa de las nuevas autoridades gubernamentales. A Castillo le fascinó la psiquiatría, y sigue estando fascinado por ella hasta el día de hoy. Dado que no hay ningún otro licenciado en psiquiatría en los alrededores, el doctor depende de sí mismo. Los enfermeros que le asisten en su trabajo los ha formado él personalmente. Existían muchos tabúes en la época anterior a la revolución con los que ha tenido que acabar. Por ejemplo, las inyecciones, que por vergüenza se ponían en el brazo en vez de en la nalga, tampoco son ya un problema.

LA POLICLÍNICA

Castillo trabaja media hora al día, cuatro días a la semana, en la policlínica de Matagalpa, una institución pública. Sus consultas son gratuitas y son aprovechadas mayormente por nicaragüenses pobres. Por este trabajo el Ministerio de Salud le paga 130 dólares (aproximadamente 100 euros) al mes. Es una miseria, según el doctor, y considera este trabajo puramente caritativo. A Castillo le parece bien que asista a las consultas en la policlínica durante una semana. Aquí ofrezco el relato de una de esas tardes:

Cuando llego a la policlínica a la una y media, Castillo todavía no ha llegado. Hay una cola de unas treinta personas delante de la puerta donde se lee *psiquiatría*. Hablo con una mujer que me parece una paciente. Durante nuestra conversación se levanta repentinamente. 'Aquí viene', dice cuando Castillo llega en su camioneta. Una enfermera requiere a los que esperan que hagan sitio y no empujen. Poco tiempo después estoy sentada al lado del psiquiatra, detrás de una mesa de madera, en una habitación pequeña y vacía. Nadie se pregunta, o da la impresión, de preguntarse qué hago yo aquí. Como mucho me sonríen amablemente. La habitación en la que nos encontramos contrasta en gran medida con la recargada decoración del despacho de Castillo en la clínica privada que visité anteriormente.

Son las dos menos cuarto y el primer paciente puede pasar. Desde ese momento la puerta de la habitación se queda abierta. Se presenta una mujer de 33 años con un niño en brazos, acompañada por una vecina. La mujer

dice que no puede dormir por las noches y la vecina añade que oye voces y ve cosas. Castillo le pregunta si ha tomado bien su medicación. Dice que ya hace un tiempo que no la toma, porque en la policlínica no quedaban y en la farmacia son demasiado caras. Este es un problema que se menciona en varias ocasiones en las siguientes consultas. Después de la mujer, le toca el turno a un hombre. Viene de muy lejos para conseguir una receta para su hermano enfermo. También para él son demasiado caras las medicinas en la farmacia. Con la receta de Castillo puede ahora retirar las medicinas en la policlínica de forma gratuita. La tercera paciente, con la que hablé anteriormente, cuenta una larga historia. En vista de la larga cola de gente esperando, no hay tiempo para eso. Le pone una receta en la mano y se deja despachar de buena voluntad. Después de ella entra la madre de una señora que hace un mes andaba desnuda por las calles de Matagalpa. Su hija ahora está bien. Hace poco que ha vuelto del hospital psiquiátrico de Managua. Castillo le firma una receta nueva y el siguiente paciente puede pasar. Es un hombre que viene desde hace 30 años a la policlínica, a él también se le da una receta. Y al siguiente, y al siguiente, y al siguiente... Entonces, entra una mujer con cinco niños (mayores) siguiéndola. Uno de ellos lleva un bebé. Ahora Castillo manda cerrar la puerta de la habitación. No es tarea fácil, la puerta no cierra bien y aun así se queda entreabierta. La habitación está llena de personas. Solamente hay una silla para la madre. Es una mujer delgada con una mirada turbia. Los hijos están a su alrededor con la misma mirada turbia. Solamente sonrío la hija, pero resulta ser por los nervios, ya que cuando la madre cuenta que su esposo la maltrata, la sonrisa cambia en llanto. ¿Qué puede hacer Castillo por esta familia? El siguiente paciente espera impacientemente en la puerta. Finalmente el psiquiatra le da algunos consejos generales y le hace una receta para Amytriptiline, un antidepresivo que la mujer está tomando desde hace algún tiempo. La familia viene en carro desde un pueblo que está a cuatro o cinco horas de Matagalpa. Aproximadamente siete minutos más tarde la delegación se va. El acuerdo al que llegan es que el hijo hablará con el padre, y como la casa está a nombre de la madre, el padre tendrá que buscar otra vivienda, que es una solución mejor a que se separen. A las dos y media sale de la habitación el último visitante. Quince consultas en tres cuartos de hora, a una media de 3 minutos por consulta. (Diario de campo, 19 de abril de 2004)



Fila de espera en la policlínica

LOS SUEÑOS DEL PSIQUIATRA

Además de esos ratos en la policlínica, Castillo trabaja diez horas por semana como médico somático en una clínica militar para funcionarios (asegurados). Gana algo más que en la policlínica. Y, finalmente, tiene su clínica privada. Aquí se pasa consulta por 200 córdobas (8 euros más o menos), una cantidad increíblemente alta para las personas más pobres.²⁷ También ofrece unas cuantas camas clínicas, que solo están al alcance de algunos matagalpinos, aunque en muchas ocasiones se endeudan considerablemente. Si hay pacientes, una enfermera hace guardia. En estas situaciones Castillo está disponible las 24 horas del día.

Un día, Castillo me lleva a un gran restaurante en Matagalpa. Para mi sorpresa no hay ni un alma y el ambiente es vacío y frío. Sentados en una mesa con un mantel blanco bajo un fluorescente hablamos de su trabajo. Castillo cuenta que el restaurante es el úni-

²⁷ En 2009, los gastos de una consulta privada han subido hasta 400 córdobas, o sea, 16 euros.

co lugar en la ciudad donde puede comer sin interrupciones. Como médico es un matagalpino famoso y allí donde se deja ver se acercan personas, por lo general familiares de pacientes, para mantener una charla o pedirle consejo. Castillo lleva siempre en el bolsillo de la camisa unos cuantos papeles en blanco con el sello del Ministerio de Salud. Los utiliza para escribir recetas para quienes se lo piden en una esquina en la calle o en la puerta de su casa. Con esas notas pueden retirar medicinas gratuitamente en la policlínica. A la hora de hacer la receta, Castillo tiene en cuenta la disponibilidad. Si un medicamento determinado no está disponible y la familia es demasiado pobre para comprarlo en la farmacia, cambia en ese momento la medicación por algo que sí esté disponible.

Castillo no quiere oír hablar de la mínima atención que se le presta en Nicaragua a la sanidad pública mental. «Querer es poder», me dice. Obviamente, el Estado no quiere ampliar el presupuesto para esta disciplina. Castillo opina que las personas solo se interesan en la salud mental en el momento en que enferma un ser querido. Él espera que algún día —posiblemente con ayuda del extranjero— se construya en Matagalpa un hospital psiquiátrico para individuos que no pueden pagar la sanidad privada. Así no tendría que enviar a Managua a aquellos que sufren una crisis. Al indicarle que para un hospital así harían falta medicamentos y personal de enfermería psiquiátrico, asiente diciendo que es un sueño difícil de realizar.

3.4 Un diácono

LUIS EDUARDO

Hace catorce años, Luis Eduardo, que ahora tiene cuarenta y dos, se hizo diácono. Él describe su función como la de un asistente social. Visita familias con problemas, habla con ellas, les da consejo e intenta ayudar donde puede. Momentáneamente realiza también los servicios en una pequeña iglesia evangélica en ausencia del párroco. Es en este lugar donde le localizo para una entrevista.

La carrera religiosa de Luis empezó cuando tenía 25 años. Según me cuenta, se encontraba en ese momento en un profundo

agujero. Tenía problemas con su mujer y era adicto al alcohol. Un día, dando trompicones por la calle, escuchó un canto angelical. Como por arte de magia fue guiado a una iglesia. Desde el umbral vio un altar luminoso y una voz le dijo: «Yo soy quien te llama, yo soy quien te ha traído y es a mí a quien vas a servir». Cuando quiso entrar en la iglesia, una mano invisible lo echó para atrás, pero cuando lo volvió a intentar la mano lo soltó y enseguida corrió como un poseso hacia el interior de la iglesia, donde lloró y pidió perdón a Dios por sus pecados. Luis dice que las personas que estaban presentes en la iglesia pensaron que estaba borracho o loco.

PERSONAS PSICÓTICAS DENTRO DE LA IGLESIA

Ahora, años más tarde, Luis se dedica a ayudar a las personas de la comunidad que pasan dificultades. Entre ellas también se encuentran personas que padecen problemas mentales, e incluso personas que oyen voces. En su opinión, es importante discernir entre voces celestiales (como las que él escuchó en su momento) y las voces ocasionadas por un problema mental. También se puede tratar de un espíritu maligno o una fuerza mala. «Porque», dice Luis, «aquí practican mucho la hechicería. Cuando una persona quiere verte destruido, dañado materialmente o económicamente, o quiere matarte, desaparecerte, aquí (en Matagalpa) se paga a esos brujos, hechiceros». Luis parece conocer muchos casos de brujería. En una ocasión, su vecina hizo practicar brujería sobre su esposo por serle infiel; también a su mujer le ha hecho brujería alguien del barrio, que se manifestó con un pie infectado. Que muchas personas pobres dediquen su dinero a prácticas de brujerías es penoso, según Luis: «las personas ya tienen tan poco. Y como dice la palabra de Dios: 'No debemos devolver mal con mal'».

Un ejemplo de alguien con problemas mentales es Erick,²⁸ un chico que vive en el barrio de Luis. Erick oye voces y ve imágenes que, según Luis, están relacionadas con la enfermedad

28 La historia de Erick y su familia está descrita en el capítulo 5.

que padece. En su opinión, es imprescindible un tratamiento con medicinas. El que las alucinaciones de Erick no son ni celestiales ni el resultado de malos espíritus lo sabe Luis porque en una ocasión se cayó y se golpeó fuertemente en la cabeza. A Erick le convendría un tratamiento con medicamentos, pero las medicinas cuestan dinero y a ese respecto, la Iglesia puede hacer poco por él. Luis afirma que por mediación de ofertorios especiales se puede reunir dinero para enfermos, aunque para Erick no se ha hecho todavía. La hermana de Luis sí que ha ido en alguna ocasión de puerta en puerta recogiendo dinero para pagar el viaje de Erick en ambulancia a Managua (ver capítulo 5). La hermana Carola vive a dos puertas de la familia y, al igual que su hermano, es miembro de la Iglesia. Tiene un hijo con discapacidad mental y puso a los padres de Erick en contacto con una fundación que apoya a familias con hijos mentalmente discapacitados. Aunque sus iniciativas tienen más el carácter de un favor de vecinos que el de estar organizados por una comunidad religiosa.

Finalmente, el propio Luis. ¿Qué hace un diácono concretamente cuando su tarea es ocuparse de los marginados? Luis dice que habla con Erick. En vista del esfuerzo que a mí me cuesta mantener una conversación con el chico, me quedo sorprendida. Cuando le pregunto a la madre de Erick, me cuenta que el contacto entre Erick y Luis se limita a darle la mano y estimularle a que lea mucho la Biblia y acuda a las misas. Además, Luis reza por la curación de los enfermos en general y pide en la oración matutina por los altavoces y durante las misas a los demás que hagan lo mismo. Cuando Erick tiene una crisis se reza especialmente para él, nos dice Luis. Y eso ayuda siempre, según el diácono.

Mire, cuando a él le dan esas crisis nosotros lo que hacemos es orar, confiando en que Dios con su mano divina va a hacer la obra. Y pues gracias al señor que no nos ha dejado, porque cuando tenemos una situación así, también cuando sus padres están en una situación de desánimo por lo mismo del hijo, entonces el señor hace la obra y lo levanta. Dios lo vuelve a restablecer y de repente lo miramos que anda bien, ya pasó la crisis.

Es decir, que la ayuda que el diácono Luis presta a Erick es abstracta. Para una persona agnóstica como yo, esto significa que el 'levantamiento' del que habla Luis solamente es posible si el

mismo Erick tiene la fortaleza psíquica para realizarlo. Su fe en Dios debería hacerlo, y en eso indudablemente Luis Eduardo le ayuda.

3.5 *Un legislador*

ERNESTO CABRALES

Al igual que el resto de departamentos de Nicaragua, Matagalpa también alberga una dependencia del Ministerio de Salud: SILAIS (ver también 2.3). Dentro de SILAIS, el psicólogo Ernesto Cabrales es el responsable de la gestión en lo que respecta a la sanidad mental en Matagalpa. Al contrario de como sucedió con el resto de los trabajadores comunitarios, resulta difícil conseguir hablar con Ernesto. Me hace ir en tres ocasiones para nada, y cuando finalmente hablamos, terminamos la conversación muy pronto. La gestión de la sanidad mental en Matagalpa es la que sigue: El Ministerio de Salud suministra medicinas a la policlínica y el doctor Castillo las receta. Pregunto a Ernesto si esto quedará así o bien si existen planes, o por lo menos deseos, para el futuro. Me comunica que efectivamente hay planes. Le muestro mi curiosidad, pero ya no hay más tiempo; Ernesto tiene que ir a otra reunión. Promete enviarme su plan por *email*, pero después de dos semanas todavía no he recibido nada. Cuando consigo persuadirlo para mantener otra entrevista, en cambio, sí que trae su plan consigo. Resulta que trata acerca de la prevención del suicidio. En un folio A-4 menciona nueve acciones y las personas que las tienen que llevar a cabo. Ernesto, que ideó este plan hace dos años, hasta ahora no ha encontrado dinero para desarrollarlo. Está pensando en asignar el trabajo a estudiantes de psicología como un ejercicio de estudios. O quizás, sugiere, pueda una organización extranjera echar una mano económicamente cuando sea necesario. No sabe a quién recurrir. Mientras tanto, está muy ocupado con un proyecto de información sobre alimentación. Al día siguiente irá a la capital para un curso sobre el asunto. Me queda claro que, en cualquier caso, las prioridades de SILAIS en Matagalpa *no* incluyen la sanidad mental.

* * *

En resumen, los ciudadanos de Matagalpa visitan tanto a biomédicos como curanderos tradicionales, con la esperanza de conseguir que su familiar enfermo, en este caso psicótico, se cure. Durante mis visitas a diversos curanderos locales, no he constatado que exista un tratamiento unívoco para este grupo de pacientes. Todos los curanderos tienen una opinión referente a los fenómenos psicóticos pero dan la impresión de no saber muy bien qué hacer con este tipo de pacientes, a excepción del psiquiatra y el diácono. El espiritista y el diácono sí están de acuerdo, por ejemplo, en que hay que diferenciar por un lado los fenómenos psicóticos ocasionados por fuerzas sobrenaturales (o divinas) y por otro las ocasionadas por razones biológicas (o sociales). En este último caso envían a los pacientes a un médico, psicólogo o psiquiatra; el espiritista trata el caso en alguna ocasión con psicoterapia.

En las consultas de los curanderos naturales y del espiritista se encuentran medicinas y tratamientos biomédicos. Los combinan con sus propios métodos para atender mejor a sus pacientes. Aun así, parece ser que la fuerza de su tratamiento está sobre todo en la fe que las personas ponen en ello. La fe hace curar, en eso están de acuerdo tanto ellos como sus pacientes.

PARTE II
HISTORIAS

CAPÍTULO 4

«CUANDO UNO TIENE UN PROBLEMA, UNO QUIERE SANAR ESE PROBLEMA»

Son las palabras del padre del psicótico Iván. De forma concisa indican el tema central del siguiente capítulo. Alejandro busca una curación para su hijo y se dirige para ello tanto a curanderos tradicionales como a asistentes biomédicos titulados. Para comprender cómo toma sus decisiones es importante conocer cómo viven él y su familia. En este capítulo se describen primero la situación en la que viven y el historial de la enfermedad. A continuación, repasamos las declaraciones de Alejandro y su mujer sobre la enfermedad, la búsqueda de curación y la forma en la que tratan a Iván.

4.1 Presentación, condiciones de vida, historia de la enfermedad

Iván vivía cerca de mi casa en Matagalpa. Nos despertábamos mutuamente la curiosidad. Él la mía, porque hacía gestos raros en el aire, y yo la suya, porque soy extranjera. Cada vez que nuestras miradas se cruzaban, Iván se escondía riéndose tímidamente detrás de un árbol o una roca. Parecía un juego; un juego que se hizo mucho más emocionante cuando un día anduve en su dirección para conocerlo. Iván, asustado, desapareció rápidamente, pero sus padres, Alejandro y María, me recibieron amablemente.

En el terreno empinado y con rocas que pertenece a la familia de Iván hay dos sencillas construcciones de piedra y una casita de plástico negro. En total viven 24 personas: el matrimonio compuesto por María y Alejandro, seis de sus hijos —entre ellos Iván—, dos yernos y trece nietos. En una de las construcciones de piedra duerme el padre con los siete hijos de su hija mayor. Ella, Daisy, murió hace un año, cuando estaba lavando ropa en el río y le cayó la rama de un árbol encima. Murió en el acto y fue arrastrada por el agua. Su hermana menor, Karla, y dos de

sus propios hijos vieron cómo sucedió. Los hijos de Daisy son de diferentes padres, dos de los cuales han muerto, mientras que el tercero nunca ha aparecido. Además de Daisy, el padre, Alejandro, y la madre, María, perdieron a sus dos hijos mayores, José y Norman (de un total de once), durante unos bombardeos de la Contra mientras cumplían el servicio militar. Es en los ojos de la madre donde mejor se pueden atisbar estos horribles acontecimientos. María:

De ese tiempo a mí se me ha terminado todo. No siento alegría, de nada. Es un acoso en la mente.

María recibe cada mes aproximadamente 15 dólares (11 euros) del seguro social, como compensación por la muerte de los dos hijos que servían en el Ejército. Alejandro, que durante la guerra hacía labores de sanidad, recibe aproximadamente 50 dólares (37 euros) al mes. Esos ingresos son, al menos, una suerte en medio de una desgracia. Para este anciano matrimonio es prácticamente imposible conseguir trabajo remunerado. Aun así, Alejandro sale regularmente a buscar pequeños trabajos para traer dinero extra, ya que además del cuidado de sus hijos solteros, cuida también de los siete hijos de Daisy.

Iván tenía unos catorce años cuando fallecieron sus hermanos. Había pasado un año fuera de casa aprendiendo el oficio de albañil, cuando logró encontrar un trabajo en una obra cercana. Un día ocurrió algo raro. Alejandro:

Un día él se apareció y no traía fierros. No traía ni la ropa que andaba y yo le preguntaba y no me hablaba nada y yo le hacía preguntas de los fierros porque los fierros eran míos, «¿Que me hiciste con los fierros, donde los dejaste?». Y se apartaba de uno. Ya miramos que ya no estaba en su humanidad, ya estaba todo negativo.

A partir de ese momento Iván empieza a hablar y a reírse por la noche. También tiene *ataques*, como dice su hermana Gioconda, que normalmente duran dos días y en los que se vuelve agresivo, y algunas veces hasta violento. Los vecinos hablan de Iván como de 'el chico que tiraba piedras'. Pasan años difíciles en los que Iván se comporta adecuadamente y gana dinero con trabajos

temporales, y a veces asusta a su familia con un comportamiento incomprensible y agresivo. Ahora, años más tarde, Iván está más tranquilo. Aún sigue hablando consigo mismo y hace gestos en el aire, pero ya no se enfada tan frecuentemente como antes. Según el padre, Alejandro, esto se debe en parte a que las personas no se meten con Iván, pero también a que Iván mismo evita el contacto. Efectivamente, puedo confirmar esto último.

Después de unas cuantas visitas en las que hablé con los padres y las hermanas de Iván (con Iván controlándonos desde rincones y agujeros secretos), quería por fin hablar con él. Un día fui de visita y me encontré la casa silenciosa. «Esta es mi oportunidad», pensé:

La madre, María, se ha quedado dormida en una silla junto a la puerta. Despacio, paso por su lado porque quiero mantener mi llegada en secreto y así espero 'sorprender' a Iván. Siempre se aleja en cuanto me ve pero estoy decidida a hablar con él. Sé que quizás está detrás del tabique de madera, en la casa, y me deslizo hacia allí. No hay nadie más y de repente estoy cara a cara con Iván. Hace el gesto de escaparse, pero le pido por favor que si quiere quedarse. Está deambulando un poco y se ríe nervioso, hasta que se le ocurre la fantástica idea de llamar a mamá. Ahora caigo, quiere pasar esta visita a su madre, y así poder marcharse. María se despierta y se levanta. Iván quiere deslizarse por mi lado, pero le digo nuevamente «espera», y añado que quiero enseñarle algo. Rápidamente saco de mi bolso un sobre con fotos de Holanda, que la vez anterior había prometido a María y Alejandro que traería, y deslizo una foto en la que aparecen unas cuantas vacas en la mano de Iván. He atraído su atención, y una por una mira también las otras fotos. (Diario de campo, 23 de abril de 2004)

Es un triunfo. Durante mis siguientes visitas Iván se queda, por supuesto, a distancia, pero está más a menudo al alcance de mi vista. Cuando consigo por segunda vez hablar con él, me enseña un cuaderno con dibujos que guarda debajo de su colchón. Son bocetos que hizo durante sus estudios de albañil. Otro día Iván me pregunta si he traído mi cámara fotográfica. Sorprendida, le pregunto si quiere una foto suya y él afirma con la cabeza. El día anterior había hecho fotos de sus familiares, y ahora me doy cuenta de que ha estado mirando el acontecimiento desde un escondite. Iván se muere de miedo cuando al día siguiente se pone delante de mi lente, pero lo desea tanto que consigue estarse quieto. Con sus dedos se rasca el pantalón, tiene su mirada fijada

al suelo. Le digo que me mire, y lo hace, durante un segundo. Me conmueve, porque en ese momento estoy completamente segura de que Iván no evita a las personas por mala voluntad, sino por miedo.

4.2 Denominar y explicar la enfermedad

Los familiares de Iván lo llaman ‘enfermo’. A su enfermedad no se le da un nombre, pero su comportamiento sí se califica con diferentes términos. Cuando Iván hace mucho ruido, grita, pega o tira piedras, se les llama ‘ataques’, según su hermana Gioconda. Antes, los ataques se producían seguidos, ahora aproximadamente una vez al mes. Si Iván está quieto, no contesta a preguntas o huye, Alejandro, el padre, lo llama un ‘ataque nervioso’.²⁹

María piensa que la muerte de sus hermanos ha originado la enfermedad de Iván. En ese período él tenía catorce años, una edad delicada, explica ella. Cuando le recuerdo a María el comentario que me hizo en nuestro primer encuentro, cuando me dijo que la enfermedad de Iván posiblemente había sido causada por brujería, Alejandro, el marido, reacciona en primer lugar:

Sí, mire, yo estoy claro en eso, a nosotros no nos gusta creer en eso, una bruja sí me dijo que eran los vecinos y es problema con un vecino, sí me dijo un brujo pero yo no creo.

María respalda a su marido:

¡Las creencias! No creemos en eso nosotros, yo lo que sé decir es que le ha afectado la muerte, afecta bastante.

Me da la sensación de que para María y Alejandro no es fácil hablar de brujería conmigo. Quizás mi origen extranjero los haga más reservados. A muchos antropólogos antes que yo les pasaba algo similar. Pool (1994: 137) consideraba la manera autoritaria de formular las preguntas y la apariencia blanca del entrevistador

²⁹ Ver 2.4 para una explicación extensa del término ‘nervios’.

como las posibles razones por las que las personas (de repente) no consideraran la brujería como el factor causal de la enfermedad (en su caso, somática). Los entrevistados contestaban según expectativa: un 'médico blanco' quiere escuchar un lenguaje médico concreto. Al igual que en Camerún, donde Pool realizó su investigación, en Nicaragua no hace falta que seas médico para que te consideren como tal. El mantener cuidadosamente en secreto mis antecedentes como enfermera psiquiátrica no pudo evitar que en una ocasión María me llamara 'psicóloga'.

Aunque no creo que María y Alejandro se esforzaran por cumplir mis expectativas. La firme reacción de Alejandro refleja una mala experiencia con la bruja. En Matagalpa hay muchas personas que se burlan de los brujos. Dicen que son estafadores. Las cantidades de dinero que piden no pocas veces son descomunadamente altas. Alejandro podría ser una de estas personas críticas. María, que anteriormente nombró la brujería como una opción, respalda a su marido, como corresponde a una buena esposa.

Las ideas sobre el origen de la enfermedad de Iván, después de diez años, todavía son especulativas, tal y como a continuación se aclara en la transcripción de una entrevista:

Alejandro: —Mire es que... hay varias cosas. Muchos de los trabajadores me han dicho, podría haber sido que... lo pasaron de droga los que andaban con él. Porque como él no bebía, ni se metía con vagancias con los otros... Podría haber sido eso que lo pasaron de droga, dicen ellos. Y quedó así. Y eso es una cosa, pero que no es una cosa cierta.

Rimke: —Entonces, pueden ser muchas cosas o ¿tal vez es un poquito de cada cosa?

María: —La guerra también.

Alejandro: —En ese tiempo se estaban llevando a los chavalos.

María: —A mí me han dicho muchas amistades que pueden ser nervios en el cerebro.

Alejandro: —¿Sabe lo que más creo yo? Que fue que lo golpearon, eso si creo yo. Pero como él nunca me dijo nada...

Rimke: —¿Tenía heridas?

Alejandro: —Lo podían haber golpeado de otras formas, agredido de otra manera. Eso es lo que más creo, más que brujería y más que todo, Eso sí creo yo.

María: —Y se queda con aquel odio reservado. Una persona que se queda así... como le dijera, con el odio, si no se puede desahogar, se queda reservado en aquello. Se le penetra en la mente. Le afecta bastante.

Pool, que en Camerún era confrontado con frecuencia con el intercambio de declaraciones para el mismo cuadro clínico, opina que es justamente la conversación entre el investigador y el informante la culpable de esto. Las personas no tienen la información preparada, y se dejan influenciar por el entrevistador, y de unos a otros (1994: 26). En el caso de María y Alejandro, pienso que, además de influencias directas, también hay influencias indirectas. Alejandro parece buscar una explicación que no dañe su dignidad (y la de su familia), ya que la llamativa manifestación de la enfermedad de Iván se presta fácilmente a especulaciones; especialmente porque no parece haber un motivo concreto para la enfermedad, y además porque esta empezó a una edad avanzada. Al aclarar Alejandro que lo que él piensa es que la enfermedad se originó por culpa de otros, se distancia de las declaraciones estigmatizadoras que se hacen de su hijo por las personas de su alrededor. Diferentes vecinos, por ejemplo, dicen que Iván se volvió 'loco' por el uso de drogas o por masturbarse. Apenas se atreven a pronunciar esta última palabra, pero que la masturbación es la razón de la 'locura' es un pensamiento común en la Nicaragua cristiana.

4.3 *La búsqueda de curación*

Después de notar el comportamiento raro de Iván, ahora hace unos trece años, Alejandro lleva a su hijo al hospital local. Me cuenta que un doctor le recetó medicamentos. Alejandro ya no se acuerda de cuáles, pero sí que eran para el cerebro, o mejor dicho, para los nervios. A mi pregunta «¿qué pensaba el médico que tenía Iván?», me contesta: «nervios», pero añade que nadie sabía qué es lo que había pasado con Iván. En otras palabras, nadie sabía qué o quién había ocasionado los nervios a su hijo. Pronto se dan cuenta de que Iván tira las medicinas. Como todo está más caro y Alejandro no encuentra trabajo, deja de comprarlas. Pero Iván se pone más agresivo: «Él se puso en un estado agresivo con todo el mundo», y un día decide llevarlo a una *naturista* en Nueva Guinea, un pueblo en la costa atlántica de Nicaragua, a quince

horas de distancia de Matagalpa. Esta naturista en particular se la había aconsejado un conocido.

Yo trabajaba en ese tiempo aquí en el barrio Guanuca y una señora que tenía una hija y un hijo allá, esa fue la que me dijo. Me dijo que era buena, y era buena.

Le pregunto a Alejandro qué le pasaba a Iván según la curandera.

Ella no me quiso decir nada, nada más me dijo que estaba complicado nada más. Pero me dijo que si usted se está algún tiempo, seis meses se puede curar, pero ya no podía.

Le dio un líquido para que Iván lo tomara durante un mes, y después de ese mes, Alejandro tomó por segunda vez unos días libres para viajar con Iván a Nueva Guinea.

Eso lo alivió bastante, pero ella también me dijo que era cuestión de debilidad, que era nervioso. Ella me ayudó y dijo que le tenía que traer, pero no pude ir.

Se queda en dos visitas. Los billetes del autobús para Nueva Guinea cuestan mucho dinero y Alejandro tiene en ese período un empleo que no quiere perder. Aunque Iván sigue estando mal.

Alejandro: —De ahí me dijo una bruja de Diriomo, pero no, me decía que me lo curaba por siete mil pesos y que era brujería lo que me le habían hecho, entonces ya no volví a ir. No creemos en eso.

Rimke: —¿Por qué fue usted? ¿Al principio le creyó?

Alejandro: —Es que, por las amistades que dicen 'hay un médico bueno', o sea cuando uno tiene un problema, uno quiere sanar ese problema.

Al preguntarle a continuación a Alejandro si otras personas tenían buenas experiencias con la bruja, contesta que la mujer ha curado a muchas personas. Soy consciente de que no tiene sentido analizar aparentes contradicciones en la historia de Alejandro con relación a la búsqueda de curación (¿cree o no cree en la brujería?) Iván, su hijo, tiene una enfermedad rara y hace lo que puede para comprenderla. No se puede descartar nada; ni médicos, ni medicamentos, ni tampoco naturistas o brujos. ¿Cómo

puedes estar seguro de que algo no funciona? Es como dice Alejandro: «cuando hay un problema, quieres solucionarlo». ¿Aunque te cueste 7.000 pesos (córdobas)? Al parecer esto es un obstáculo y Alejandro opta por no intentar conseguir el dinero mediante préstamos. Su fe en la bruja no es lo suficientemente fuerte (ver también 3.1).

A decir verdad, según Alejandro ¿la enfermedad de Iván tiene cura? Él piensa que sí. Un examen de la cabeza podría dar resultados definitivos. Entonces se sabría exactamente cuál es el problema y qué medicamentos necesita. Aunque un examen así cuesta mucho dinero. Me pregunto cómo de grande es realmente su fe en un examen así. Aparentemente no lo suficiente como para arriesgar mucho dinero. ¿O saca Alejandro el tema a relucir porque espera que yo le pueda ayudar económicamente? La madre, María, piensa que 'si Dios quiere', su hijo se curará. ¿La Iglesia puede ayudar? Alejandro ha hablado con el cura. «Vamos a orar», le dijo éste; nada más, según Alejandro. Le pregunto a él y a María si van a seguir buscando una forma para curar a Iván.

Alejandro: —Yo pienso que sí.

Rimke: —¿Adónde quiere ir?

Alejandro: —En León³⁰ es la única parte que hay todo eso.

Rimke: —¿Qué hay en León?

María: —Especialistas en todo lo que es el cuerpo humano, ¿cómo es que se llaman?... que trabajan con la mentalidad... [Rimke: ¿Psiquiatras?] Esos son.

Rimke: —Pero aquí también hay un psiquiatra que es muy bueno, y está más cerca que León, ¿no lo sabía?

Alejandro: —No, pero ¡ha de ser carísimo!

Al pronunciar el nombre del psiquiatra de Matagalpa, María y Alejandro hacen señales de reconocimiento. Han escuchado que el señor Castillo es un buen médico, pero nunca han ido, según dicen, porque no pueden pagarlo. Cuando les digo que las consultas en la policlínica son gratuitas, deciden acompañarme al día siguiente. Tengo una intuición de cómo irá la visita, pero no hago ningún comentario. Castillo se toma mucho tiempo extra

30 Después de Managua, la ciudad más grande de Nicaragua.

con mis acompañantes. No después de tres minutos (ver 3.3), sino de ocho, hace el diagnóstico breve y sin titubear: esquizofrenia. «¿Cómo se llamaba?», me pregunta Alejandro cuando un poco más tarde ya estamos en la calle. Con algo de esfuerzo garabatea la palabra en un trocito de papel.

La receta de Risperdal³¹ que le ha hecho Castillo, un antipsicótico moderno que quizás Iván sí querrá tomar porque tiene menos efectos secundarios, la guarda Alejandro con cuidado en un armario. Averiguo que una pastilla de 2 miligramos cuesta 20 córdobas (aproximadamente un dólar). Iván necesita dos al día. El precio astronómicamente alto me produce dolores de cabeza. ¿Cómo será la fe que tiene Alejandro en los medicamentos de Castillo?

¿He actuado bien llevando a María y a Alejandro a visitar a Castillo? ¿Qué sentido tiene tomar de vez en cuando una pastillita de Risperdal? De vez en cuando, en el sentido de que María y Alejandro tienen que dejar de comer para poder ahorrar y, en ocasiones, comprar una caja. ¿Tendrá un antipsicótico efecto en una persona que es psicótica desde hace ya tanto tiempo? Tampoco quiero aconsejarles que compren haloperidol, que es veinte veces más barato, pero que tiene efectos secundarios muy molestos. Me pregunto si a Iván le irá mejor con ese medicamento. Ahora ya no puedo aconsejarles que dejen las cosas como están. María y Alejandro tienen nuevas esperanzas, y no permitirán que nadie se las quite. (Diario de campo, 6 de mayo de 2004)

Pero, para mi sorpresa, unos cuantos días más tarde Alejandro toma una decisión. Considera que no tiene sentido comprar medicinas para un mes y después dejarlo porque se ha acabado el dinero. Dice que prefiere dedicar el poco dinero que tiene en comprar alimento. Me siento aliviada. El papel de investigador es mucho más fácil que el de asistente. No sé si aquí termina la búsqueda de una curación para su hijo, pero pienso que sí. Iván está, según su padre, 'medio controlado', y eso es quizás lo máximo que se pueda conseguir en esta situación. Alejandro y María siguen teniendo esperanzas. Desde ahora será más en Dios que en los asistentes de salud.

31 Nombre de sustancia: risperidone.



Los padres María y Alejandro

En conclusión, parece ser que el dinero, o mejor dicho, la falta de dinero, es un factor que siempre rodea y dificulta la búsqueda de curación de Alejandro. Las medicinas que recetan los médicos son demasiado caras, el viaje en autobús para buscar a una naturista en Nueva Guinea, una consulta con un psiquiatra en León, un examen de la cabeza, todo es demasiado caro. Al mismo tiempo, Alejandro tiene prioridades. Según Reeler, a las personas pobres se les obliga continuamente a elegir entre comprar medicinas o alimentos. Así, afirma: «Lo que caracteriza las elecciones de la mayoría de la gente pobre es que la supervivencia inmediata y el beneficio directo tienen prioridad» (1996: 64, trad. Imb). La decisión de Alejandro de no gastar su poco dinero en el caro Risperdal sino en comida tiene relación con la afirmación de Reeler. Aun así, he visto cómo se endeudan familias para conseguir una cura para sus seres queridos. Esto tiene lugar, sobre todo, poco después de la primera psicosis, cuando la esperanza de curación

es mayor. Por eso tengo la sensación de que priorizar la compra de medicinas no es tan sencillo como afirma Reeler. También la fe que Alejandro tiene en un medicamento o en un asistente influye. No se puede decir que esa confianza haya crecido después de tantas desilusiones. Además, está la actitud de rechazo de Iván hacia las medicinas; ¿quién asegura a Alejandro que ahora su hijo sí va a querer tomarse las medicinas? El hecho es que ahora Iván está finalmente ‘medio controlado’. La necesidad de una curación inmediata es menos acuciante que hace unos años, cuando Iván se mostraba agresivo. El mayor deseo de Alejandro es que su hijo se cure. Para ello está dispuesto a mucho, pero no puede ser a costa de la poca seguridad económica de que él y su familia disponen.

4.4 Relación y trato

«Iván es...». Sus hermanas se encogen de hombros mientras ríen tímidamente cuando les pregunto qué opinan de su hermano. Iván es Iván. Ellas nunca hablan con él y eso es, según ellas, porque *él* nunca habla con ellas. De cualquier modo, lo mejor es dejar a Iván tranquilo. Nunca sabes cómo va a reaccionar. Han tenido que aguantar mucho los últimos años. Iván estaba a menudo enfadado, y en ocasiones peligrosamente agresivo. Su hermana mayor Alicia dice que todavía tiene miedo de su hermano. Todavía puede reaccionar con enfado cuando le molestas. «Entonces tenemos que quitar a los niños pequeños». La madre, María:

Porque para que haya paz hay que cuidarlo en lo que él haga, pues si lo regañamos pues ya no, entonces tenemos que aceptarlo. Si uno lo regaña se pone disgustado, entonces hay que dejarlo así.

El padre, Alejandro, es de la misma opinión:

Es difícil en el motivo de que, pues para mí ya no, porque yo lo comprendo a él, ¿verdad? Y busco la manera como disimular las cosas para que no haya nada, pero el que no lo conoce y con los mismos de la casa si ellos no lo comprenden, no consideran la situación de él, lo ponen furioso y entonces es un problema, entonces ese es el motivo, que no trabaje, eso a mi no me interesa, porque yo sé que él está enfermo, el problema es que le den motivos a él para que él se ponga furioso, agresivo, entonces a él hay que, tenemos

que estar al cuidado de él, para que él no haga daño, es como un niño chiquito que hace las cosas sin pensar, entonces ese es el problema para uno.

Iván, sus padres y la mayoría de los miembros de su familia han encontrado una forma de evitar peleas, agresividad y desilusiones en casa: dejar a Iván tranquilo. El que no traiga dinero a casa y no colabore con los quehaceres de la casa frustra a las personas pero, por lo menos, sus padres lo aceptan. Se ha formado un equilibrio para alivio de todos. No es que estén satisfechos con este equilibrio, satisfechos estarán María y Alejandro cuando su hijo esté sano, pero ahora están mejor que hace unos años. La búsqueda activa de ayuda ha dado lugar a la esperanza y rezan a Dios.

* * *

Los padres de Iván no están seguros de lo que le pasa a su hijo. No tienen un nombre para su enfermedad, pero denominan su comportamiento psicótico con el término *nervios*. Como posibles causas de los síntomas, que empezaron cuando contaba alrededor de dieciséis años de edad, encontramos desde eventos ambientales que habrían tenido un impacto en su constitución psíquica, hasta daño en el cerebro por violencia física. Consumo de drogas, brujería y masturbación también se mencionan como posibles causas, pero el padre de Iván da a entender que se trata de ideas de la gente de fuera que él mismo no cree. Es evidente que los padres prefieren aludir a factores externos, de los que ellos no pueden ser 'culpables', como causantes de la enfermedad. De esta forma mantiene la familia su dignidad y evita ser el foco de chismes y difamaciones.

En el período inicial, Alejandro invierte dinero y energías en buscar una curación para la enfermedad desconocida de su hijo. Visita a un médico, una naturista y una bruja. Alejandro da a entender que su único propósito siempre ha sido buscar curación y por eso ha querido probar toda la ayuda que ha tenido a mano. Si alguien tiene un problema entonces se busca una solución; este es su razonamiento. En diferentes ocasiones, las razones *económicas*

son las que obligan a interrumpir la búsqueda. Los tratamientos cuestan dinero y también el tiempo es valioso, porque Alejandro tiene que trabajar para mantener a su familia.

Durante mis visitas, el psicótico Iván está 'medio controlado' y la búsqueda de curación está algo estancada. La esperanza de una curación todavía existe, pero las decepciones han dado lugar a una actitud más pasiva: de ahora en adelante en quien confían es en Dios y no más en cualquier otro asistente. Esta nueva postura también tiene que ver con la fase más tranquila en la que se encuentra Iván. Él tiene ahora más años y se encuentra más equilibrado con respecto a sus vivencias psicóticas. Evita el contacto con otros y ellos, a su vez, han descubierto que dejarlo tranquilo ayuda a evitar problemas. Nadie está feliz con la situación, pero a todo el mundo le parece 'lo mejor' en vista de las circunstancias.

Durante mi visita, Alejandro y su mujer María conocen al psiquiatra de Matagalpa. La curiosidad que sienten por los medicamentos que le recetará el psiquiatra y la posibilidad de que su hijo se pueda 'curar' se apaga cuando descubren que el remedio cuesta mucho dinero. La compra de alimentos para la familia es prioritaria.

CAPÍTULO 5

«ELLOS TIENEN QUE TRATARLE DIFERENTE»

Una vecina de la familia pronuncia estas palabras, al referirse a los padres del psicótico Erick. Para ella resulta fácil hablar. Los fantasmas del pasado atormentan a la familia y hacer todo lo posible no es suficiente. En este capítulo se describe cómo sucede el encuentro con Erick y su madre, en qué circunstancias vive la familia y de qué forma se desarrolla la enfermedad de Erick. A continuación se cuenta cómo los padres de Erick entienden la enfermedad y cómo han puesto su confianza en Dios y en la medicina occidental. Se explica también por qué el trato con Erick no es tan fácil como la vecina piensa.

5.1 Presentación, condiciones de vida, historia de la enfermedad

A través de una organización que apoya a familias con hijos discapacitados³² conocí al psicótico Erick (24 años). Me explican que el muchacho sufrió daño cerebral cuando se cayó de una escalerilla. Hay períodos en que está tranquilo y otros en que se vuelve agresivo. Los padres de Erick visitan todos los meses al doctor García, un psiquiatra de la ciudad costera de Bluefields que realiza el largo viaje hasta Matagalpa una vez al mes para pasar una hora de consulta en la organización. Cada consulta cuesta 10 córdobas (aproximadamente 50 céntimos de dólar). En el expediente de dos páginas del psiquiatra leo que Erick toma haloperidol.³³

Un colaborador de la organización me lleva a casa de Erick y su familia. El edificio, construido en gran parte de piedra, está en un largo y empinado camino, en uno de los barrios de las afueras

32 Asociación Familias Especiales.

33 Un antipsicótico clásico (ver 2.3).

de Matagalpa. La casita la ha construido el padre, Juan, que es albañil. La madre, Blanca, es ama de casa y no sabe leer ni escribir. En la parte de atrás del edificio han anexado una pequeña cocina donde Blanca prepara la comida en un fuego de leña. También hay una cocina de gas, pero, como desde hace meses no hay dinero para comprar una bombona de gas, no se utiliza. Con ayuda de tabiques de madera se han creado tres habitaciones pequeñas. En una duerme Erick, en otra su hermano Manolo, y en la última duerme el matrimonio con sus dos hijos pequeños. Erick tiene una hermana que vive con su marido en un pueblo cercano.

Una vez que me han dado permiso para entrar en la casa, la madre se acerca, sonriente, la mejor silla de la casa. Está claro que mi visita no anunciada la pone en un apuro. Es posible que Blanca espere que yo pueda ayudar a su hijo enfermo. Va a la parte de atrás de la casa a despertarle. Erick duerme mucho.

La madre llama a Erick y parece ser que necesita bastante esfuerzo. Después de unos diez minutos entra un joven en la habitación. Obedece y se sienta en la silla que su madre ha puesto en el centro de la habitación. Pobre Erick. Está claro que se siente incómodo. Intento hablar con él mientras se rasca el pantalón. (Diario de campo, 28 de enero de 2004)

Erick es un chico fuerte, con algo de miedo en la mirada. Mira fijamente al frente, mientras está sentado inclinado hacia delante, sus brazos apoyados sobre las piernas y sus manos entrelazadas. Erick no dice casi nada por iniciativa propia, pero sí reacciona a preguntas cortas. Sus respuestas no siempre son apropiadas. Si le preguntas qué ha hecho hoy, puede que solamente te mire y haga una mueca con su boca. Si a continuación repites la pregunta, quizás conteste que tiene hambre. Algo preocupada, me pregunto si Erick y su familia son apropiados para la investigación. ¿Este chico es realmente psicótico (o lo ha sido)? ¿O se ha quedado mentalmente discapacitado después de su supuesta caída de la escalera? Las historias que la madre me cuenta durante una segunda visita despejan mis dudas. La historia de Erick es un caso clásico de psicosis, incompreensión, maltrato en el hogar y un mal final.

Según Blanca, Erick se cayó sin más de la escalerilla de delante de la casa hace tres años.³⁴ Se quedó tumbado inmóvil y, a partir de ese momento, nunca más volvió a ser el mismo. El papá, Juan, cuenta que Erick había estado bebiendo alcohol con unos amigos en el río, a continuación se sentó en la escalerilla, estaba hablando con él y de repente se cayó. La vecina Carola sospecha que Erick había estado fumando marihuana junto al río y que su padre lo empujó enfadado por la escalerilla. Erick mismo dice no recordar nada.

La verdad estará, como en tantas ocasiones, en algún lugar entre las diferentes historias. Es evidente que hay algo más aparte de lo que me cuentan, pero tampoco es fácil solucionar algo de lo que nunca se habla. La vecina Carola parece ser la única que dice lo que piensa. Por una parte me parece sorprendente, porque Carola tiene una relación amistosa con la familia y podría estorbar el equilibrio frágil entre los miembros de la familia. Por otro lado, es una mujer a la que le gusta hablar y no es para nada temerosa.

Pasara como pasara, con un vistazo a la escalerilla me doy cuenta de que Erick no se pudo hacer demasiado daño al caer de ella. Aunque hubiese estado sentado en el escalón más alto, no habría caído rodando más de un metro y medio. «¿Sangraba Erick?», le pregunto a Blanca. No, no sangraba. Pero sí se quedó tumbado, como si estuviera durmiendo.

Los días siguientes al acontecimiento, Erick se comporta de forma rara, según su madre. No habla, no come y llora mucho. El padre y la madre sospechan que ha sufrido daño en la cabeza a causa de la caída y lo llevan al hospital. Allí lo ingresan cuatro días en observación, pero no encuentran ninguna anomalía física. Le recetan limbritrol, un antidepresivo. Cuando Erick empieza a vagar, tiene expresiones agresivas y comienza a caer en estados en que durante horas mira fijamente hacia delante, es nuevamente llevado al hospital. Le hacen un diagnóstico provisional: *depresión orgánica y psicosis incipiente*. Blanca cuenta:

³⁴ De los documentos del hospital resulta que la caída no tuvo lugar hace tres años, sino siete.

Cuando le empezó la enfermedad a él, él decía que veía que lo perseguían. Por eso no salía, le daba miedo salir a la calle. De allí de la ventana se ponía a espiar para la calle, el día que lo venían persiguiendo. Y no era nada. Era mentira en la cabeza, de él.

En el período que sigue, Erick no quiere tomar su medicación en numerosas ocasiones y su comportamiento empeora. La vecina Carola, que tiene un hijo con una discapacidad mental, pone a la familia en contacto con la organización para niños con discapacidad. Los colaboradores de la organización llevan a Erick y a sus padres a un psiquiatra en Managua. En el informe que se escribió durante esta consulta se lee que Erick es un chico introvertido, que nunca ha tenido muchos amigos. Su estado se describe como un *episodio psicótico agudo esquizofreniforme con componente catatónico*. El psiquiatra llega a este diagnóstico teniendo en cuenta los antecedentes clínicos de Erick, su antigua personalidad, su edad, los síntomas específicos y el hecho de que las pruebas físicas y neurológicas (se le ha hecho un EEG) no han mostrado ninguna anomalía.

Erick, que antes aportaba algo de dinero con modestos trabajos de carga, no puede trabajar más. Para pasar el tiempo acompañando de vez en cuando a su padre, que trabaja como albañil. Un día, casi cinco años después de la caída, el padre le pregunta si quiere acompañarlo otra vez, pero Erick contesta que quiere estar tranquilo. Más tarde, ese mismo día, le da un susto horroroso a Blanca. Encuentra a su hijo en su habitación, colgado del techo con un cable eléctrico. Es la vecina Carola, que acude a los gritos de Blanca, la que corta el cable y baja a Erick del techo. La cara de Erick y sus labios están morados y parece que no respira. Carola empieza a frotarle por todo el cuerpo y reza junto con Blanca. Erick empieza a respirar nuevamente y es llevado al hospital en Matagalpa. Una vez allí es trasladado al hospital de la capital, Managua. En la calle donde vive Erick, la vecina Carola hace una colecta para pagar la ambulancia. No se recauda mucho. En la ambulancia parece que nuevamente se les va, y cuando llegan al hospital de Managua les dicen a los padres que es mejor que se lleven a su hijo a casa para hacer guardia junto a su cama. Blanca y Juan no quieren rendirse y se quedan en Managua, pasando día

y noche junto a la cama de su hijo inmóvil, que está conectado a un suero y un aparato de respiración. Juan hace una promesa a Dios: se bautizará y servirá a Dios. Según él y su esposa, esta promesa salva la vida de su hijo. Dos días más tarde Erick abre los ojos, y quince días después se puede ir a casa.

Ahora, dos años más tarde, Erick pasa sus días sentado en la escalerilla delante de la casa. También le gusta estar acostado. Algunas veces, cuando se encuentra bien, visita a una tía, a su hermana o a su abuela. La madre procura cuidar de que su hijo coma lo suficiente, se lave, tome su medicamento y no se escape. Esto último le preocupa permanentemente.

Se puede perder, porque no mire, que él no anda en los sentidos correctos, no anda correcta la cabeza, entonces se puede perder, entonces a mí me da miedo de que se pierda porque puede pasarle alguna otra cosa más grave o lo atropella un vehículo porque camina como dormido, como sonámbulo camina.

Si Erick se encuentra bien, va con sus padres a la iglesia. El padre no se ha olvidado de la promesa que hizo junto a la cama de su hijo enfermo. Se hizo evangélico y se ha convertido en un miembro activo de la iglesia. Juan es el músico de la iglesia de su barrio y acompaña regularmente al pastor a lugares lejanos para asistir en los bautismos. También dirige un grupo dentro de la comunidad evangélica de la localidad. Durante mis visitas estaba tratando el tema 'matrimonios saludables'.

Desde su conversión, Juan no ha vuelto a tomar una gota de alcohol y, aún más importante, no ha vuelto a pegar a su mujer ni a sus hijos. El que Juan antes pegara a su mujer y a sus hijos (mayores) me lo cuenta la vecina Carola y, después de negarlo la primera vez, también la misma Blanca:

No, fíjese que el marido mío no es violento, ni les pega a los niños chiquitos, más bien yo le digo a veces: «pégales que se van a hacer vagos», no les pega, ni así [...] Antes sí pero cuando no era cristiano, cuando Erick estaba chiquito, pero por problemas sí, que uno siempre pelea en los hogares.

Dice que en aquel tiempo algunas veces pasaba miedo cuando Juan pegaba a los niños. Ella misma también pegaba a los niños, «pero como un hombre pega más duro que una mujer...».

Cuando le pregunto qué problemas hacían que su esposo fuera violento, Blanca contesta:

Es por las necesidades. Hay veces que en una casa todo hace falta, hasta una aguja, los reales, de allí viene la situación. Mi marido no hallaba trabajo y yo tenía los niños pequeños.

El que Juan no tenga trabajo hace que se sienta mal. Le frustra, hace que se enganche a la bebida y se vuelva violento. Blanca no tiene influencia en la situación de la familia. La imagen que tiene de sí misma es limitada y fatalista, como mujer es una prolongación de su marido. Ella viene de una familia de doce hijos, siempre ha trabajado en el hogar y nunca ha tenido la oportunidad de ir al colegio. Y ahora, Erick. El chico es tímido y no puede soportar la presión de los chicos del barrio, de manera que se deja convencer para beber alcohol. Le espera un futuro incierto, al igual que a su padre y a los padres del resto de chicos que consumen alcohol. y probablemente también drogas. La situación en el país no va a mejorar en los próximos años. La hermana de Erick se ha casado con un hombre que bebe y la maltrata. El hermano, Manolo, tiene trabajo de vez en cuando, pero el poco dinero que gana lo gasta en ropa, cigarrillos y alcohol.

La pregunta es si Erick se habría vuelto psicótico si no hubiera estado expuesto a tantos problemas económicos y sociales, y si el intento de suicidio de hace dos años no ha tenido que ver con ello. Es una pena que él mismo no lo pueda explicar. Después del intento de quitarse la vida, tiene realmente dañado el cerebro. En el informe del hospital de Managua, donde llevaron a Erick después de su intento de suicidio, está anotado que padece *encefalopatía hipóxica secundaria a ahorcamiento incompleto*, o sea, daño cerebral por falta de oxígeno durante el intento de ahorcamiento. Erick tiene, por esta razón, un comportamiento inadecuado (por ejemplo, no saber lo que tiene que hacer con un objeto determinado), y no siempre comprende todas las preguntas.

5.2 Denominar y explicar la enfermedad

La madre llama 'depresión' a la enfermedad de su hijo, un término que probablemente ha tomado del primer médico que hizo el diagnóstico. Ella describe la situación de Erick como «enfermedad que él tiene en el cerebro» y explica el extraño comportamiento de Erick con frases como «no anda correcta la cabeza», o «no anda bueno de la cabeza». El diagnóstico que a Erick le hizo el psiquiatra de Managua, *episodio psicótico agudo esquizofreniforme con componente catatónico*, lo han aprendido en parte. El término 'catatónico' lo utilizan Blanca y Juan cuando Erick se queda mirando fijamente a un punto de la habitación sin moverse. No utilizan los términos esquizofreniforme, esquizofrenia o psicosis.

Sobre lo que ha ocasionado la enfermedad de Erick existe una explicación generalizada. Se ha dañado el cerebro después de su caída por la escalerilla de piedra hace siete años. Los colaboradores de la organización para niños con discapacidad, sus padres, su hermana y hermano, todos me cuentan que la caída es el origen de la enfermedad. Antes de la caída, Erick era «alegrísimo», según su padre, «buenísimo» según su hermana, y «bueno» según su madre. El diácono de la iglesia del barrio, que también es hermano de Carola, cuenta:

Este... mire... El hermano Erick tuvo una situación de que él se cayó, tuvo un accidente y eso le produjo un trauma, un descontrol mental porque él sufrió un golpe en el cerebro. Le causó un trauma y quedó descontrolado, quedó sufriendo de ataques, casi parecido a la epilepsia, entonces, este, a partir de allí él dice que él miraba cosas, que él oía cosas, que él soñaba, había cosas que nosotros las podíamos entender como cosas divinas, de Dios, pero hay otras cosas que nosotros las entendemos como que es por causa del trauma que él tiene, que su mente está descontrolada.

A pesar de la explicación generalmente aceptada de los daños en el cerebro por la caída, es justamente el padre quien, un día, me hace partícipe de otra posible explicación. Me cuenta que Erick tuvo convulsiones cuando estaba tumbado en el suelo y recuerda que el médico en el hospital dijo que podían dañar el cerebro. Las convulsiones podrían ser la consecuencia de una intoxicación con alcohol, según Juan. Me cuenta que los amigos

le habían estado presionando junto al río, y él todavía no conocía sus límites, ya que era la primera vez que bebía.

Llama la atención que ni Juan ni nadie más relacionen el intento de suicidio de Erick con el empeoramiento de su estado a partir de entonces. No está claro lo que se les contó en el hospital de Managua. No puedo descifrar el argot del informe hasta que vuelvo a Holanda (ver 5.1). Mi sospecha de que Erick sufrió una deficiencia de oxígeno en el cerebro durante el ahorcamiento resultó ser cierta.



Erick con sus hermanos y la madre Blanca

5.3 La búsqueda de curación

Al preguntarle a Juan si en alguna ocasión ha visitado a un curandero tradicional, lo niega. Blanca, que está sentada a su lado, también lo niega con la cabeza mientras me mira, aparentemente, arrepentida. «La Iglesia evangélica lo prohíbe», dice Juan. Cuando le pregunto por qué, dice que algunos curanderos invocan a Sa-

tán. Aunque, poco después, confiesa que sí ha llevado a Erick en dos ocasiones a un curandero. «Pero», dice, «eso fue antes de ser evangelistas». Los curanderos le dieron a Erick jarabes que tenía que tomar. Según Blanca, no ayudaron.

La búsqueda de curación para Erick se caracteriza sobre todo por visitas a médicos y hospitales. Desde que tenía diecisiete años se le ha pedido que tome antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores y calmantes. Algunos médicos también le recetaron una inyección antipsicótica. El efecto de este llamado 'depósito' tiene una duración de 2 a 4 semanas, y debería inyectarse cada cierto tiempo. Las inyecciones son muy apreciadas entre los nicaragüenses —herencia de las exitosas campañas de vacunación de los años ochenta (Wolters, 1993: 32)—, y por eso el padre intenta comprar una ampolla siempre que puede. Aunque cuestan 200 córdobas (aproximadamente 8 euros); una cantidad que no ha conseguido ahorrar en muchas ocasiones. En los últimos años se le ha puesto a Erick un depósito de flufenazina³⁵ en tres ocasiones. Según Blanca y Juan, Erick siempre está mejor después de una inyección. Las medicinas orales también ayudan algo. El problema es que a menudo Erick no quiere tomárselas. Blanca no sabe por qué, pero es probable que la negación de Erick tenga que ver con el hecho de que no se considere enfermo y que desconfíe de todo y de todo el mundo de su entorno. Últimamente, Blanca le mezcla las medicinas en su refresco cuando se niega a tomarlas.

Otro problema es el desconocimiento de Blanca y Juan acerca de las medicinas. Un día Blanca me enseña una pastilla de tryhexifenidilo, un remedio que anula los efectos secundarios del antipsicótico haloperidol. Me dice que es la medicina con la que más contenta está. Según ella evita que Erick se ponga agresivo. Cuando empeora, le da alguna extra. Con la pastilla verde (haloperidol) está menos contenta. Por eso no se la da de vez en cuando. Es decir, Blanca no administra las medicinas según prescripción médica.

35 Un antipsicótico clásico (ver 2.3).

Faltar a la terapia es un problema ampliamente descrito en la literatura. Las posibles razones citadas son indiferencia, malos entendidos, pobreza y menor accesibilidad a las medicinas. La mayoría de las veces se considera al paciente culpable, pero últimamente también se está prestando atención al papel que desempeña el asistente de sanidad (Whyte *et alii*, 2002: 68). En el caso de Blanca, me inclino a pensar que el médico no ha dado una buena y repetida explicación de las medicinas. Las consultas en las instancias públicas de Nicaragua no consisten por lo general más que en entregar la receta acompañada de una mínima explicación (ver 3.3). Aun así, mi intento de explicarle a Blanca algo de cada pastilla no tiene sentido. Me escucha con educación, pero tengo la sensación de que piensa de antemano que no me va a entender. Parece que hace falta algo para que las personas como Blanca puedan hacer un uso responsable de la sanidad biomédica. Para empezar, sería más fácil de entender el efecto de las medicinas si Blanca supiera al menos lo que le ocurre a su hijo.

La búsqueda de curación para Erick por ahora se ha parado. Blanca y Juan recogen cada mes una receta del psiquiatra que visita la organización para niños con discapacidad, y las medicinas que obtienen de esa forma mantienen a su hijo 'controlado'. Todavía tienen la esperanza de que Erick un día se cure. Esta esperanza está sobre todo puesta en Dios. Blanca:

Tengo la fe en el Señor de que algún día Él me lo va a sanar de viaje. Que me le va a quitar todo eso que tiene; esa depresión, esa enfermedad catatónica. Solo Dios lo puede curar de eso que tiene él.

Aunque estas palabras de Blanca no parecen sostenerse. Ella cree que la situación de Erick puede mejorar de una manera menos divina. Es tan solo que no tiene acceso a un mejor tratamiento.

Dicen que en otro país hay de otros medicamentos que le pueden ayudar en esa enfermedad que él tiene. Los doctores nos han dicho. Pero como nosotros somos de bajos recursos, sin reales... Porque la plata es la que nos mueve a uno... Sin plata uno no se puede mover.

5.4 Relación y trato

Erick pega regularmente a su madre durante los períodos psicóticos. «Es su enfermedad», dice la vecina, Carola, «y por lo tanto tenemos que comprenderlo». En su opinión, Blanca no está capacitada para tratar con su hijo. «Ella no comprende su enfermedad», dice Carola; «un muchacho como Erick necesita mucho amor». Y a su parecer Erick recibe poco de parte de sus padres. «Amor es más que darle a alguien zapatos y comida, mírame a mí», continúa. Al igual que Blanca, tiene un hijo enfermo, pero la obedece. Ella le habla con autoridad, pero también le da amor. Y saca a su hijo fuera de la casa. Lo cubre con amor, y eso es de lo que carece la familia de Blanca y Juan. «Amor», según Carola. Continúa:

Se nota que él siente que sus padres no lo quieren. Y no es porque él crea. Es porque él lo siente. Porque una cosa es creer, que lo que mis padres no me hacen, y una cosa es sentir. En ella, yo le he visto, yo le he dicho, hermana Blanca, mira que estos niños... pero dice 'No, es que..., mire está como loco...' Y no está, él es... ellos tienen que tratarle diferente.

Es un triste ejemplo de cómo juzga el mundo exterior a los padres de un hijo psicótico. Por supuesto, es cierto que Erick no habrá interpretado la violencia de su padre en el pasado como un mensaje de amor, y también es cierto que la madre no irradia autoridad. Pero es demasiado fácil decir que si a Erick le dieran más amor, todo iría mejor. Además, Carola compara a Erick con su propio hijo: un niño discapacitado desde su nacimiento. La situación de Erick es diferente en muchos aspectos. Lo que yo veo es que Blanca le da a su hijo el vaso de refresco más grande, que se levanta inmediatamente cuando su hijo pide comida, que tiene miedo de hacer esperar a su hijo o llevarle la contraria. Yo veo a una madre que ha sufrido mucho con su hijo enfermo, pero que día tras día hace lo que puede para tenerlo satisfecho.

Carola hace el siguiente comentario sobre el hecho de que Erick ande en ocasiones solo por la calle: «eso no es amor». Señala los peligros que puede tener un chico enfermo como Erick: «puede tener un accidente, le pueden robar, incluso lo pueden matar». Pero yo veo cómo Blanca se traga las lágrimas cuando Erick se

escapa, cómo lo busca por todas partes sin encontrarlo. O sea, amor... por lo visto, no es suficiente.

Aunque Carola no tiene razón al decir que la situación de Erick mejoraría si se le cubriera de amor, la manera en que se trata a una persona psicótica sí que llega a influir, aunque 'la mejor' manera de trato no existe. Los investigadores afirman que no es posible dar directrices universales (Jenkins, 1991). Una actitud crítica, sobreprotectora u hostil hacia un familiar psicótico tiene, dependiendo de la cultura, un efecto diferente (Hashemi Amtul *et alii*, 1999: 219). Aun así, las investigaciones demuestran que una postura excesivamente crítica o sobreprotectora tiene por regla general una influencia negativa en el funcionamiento de la persona psicótica. Los investigadores hablan en estos casos de un alto nivel de *emociones expresadas*.

Blanca hace lo que Erick le pide lo antes posible. Para ella es la manera más lógica de evitar el 'mal' funcionar, en este caso la agresividad. En el capítulo 4 leíamos que el dejar completamente tranquilo al psicótico Iván tenía un efecto positivo en el 'ambiente' de la casa. Se podría discutir sobre si Iván, y también Erick, podrían funcionar mejor según manera en que se les trata, pero una cosa está clara: el tratar 'bien' a un familiar psicótico, es más fácil decirlo que hacerlo.

* * *

Los padres de Erick utilizan el término 'catatónico' cuando Erick se queda quieto mucho tiempo sentado en su silla. Según la madre, su hijo tiene una enfermedad en el cerebro. Llama depresión a su enfermedad. Probablemente han captado ambos términos durante sus visitas a médicos. En resumen, la historia de Erick demuestra lo compleja que puede ser la situación de una persona psicótica en Nicaragua. Por los muchos acontecimientos vividos dentro y fuera de la familia, es difícil constatar qué ha ocasionado qué. Pobreza, violencia, alcoholismo, depresión, síntomas psicóticos, intento de suicidio; solo podemos concluir que todos los factores están probablemente entrelazados. La caída de la escalera como causa de la enfermedad de Erick es mucho más sencilla y bastante más tranquilizadora para los padres. Todo el mundo

queda satisfecho, lo que en la práctica viene a decir que la verdadera causa no importa. El padre no utiliza más violencia, Erick se toma la medicación dentro del refresco, la madre se preocupa de que no se escape y la Iglesia se visita tantas veces como se puede. Solamente la pobreza se queda.

La búsqueda de curación está más o menos suspendida. En parte por la prohibición de la Iglesia evangélica de no visitar curanderos tradicionales, los padres de Erick han buscado una curación dentro del sistema sanitario biomédico. Visitaron hospitales, psiquiatras y médicos, hicieron pruebas y les recetaron medicinas. Blanca y Juan están bastante satisfechos con el tratamiento médico. Aunque por falta de dinero, la madre piensa que no puede comprar las mejores medicinas para su hijo. Ha puesto la esperanza de una curación para Erick sobre todo en Dios.

Finalmente, la relación y el trato. La madre atiende a Erick en cuanto este se lo pide. El miedo a una agresión es el motivo más importante para que se comporte así con su hijo. A Erick le dan comida, bebida, medicinas, ropa limpia y lo dejan tranquilo en la medida de lo posible. El padre está mucho en la iglesia, y continuamente buscando trabajo para proveer a su familia de las necesidades básicas. Según la vecina, Blanca y Juan deberían tratar a su hijo de otra manera. Probablemente tenga razón, pero la pregunta es cómo.

CAPÍTULO 6

«ADONDE YO VOY, ALLÍ VA ELLA; NO LA DEJO»

En este capítulo retratamos a la psicótica Marta, aunque el tema central es la pobreza. La madre de Marta, Juanita, lucha cada día por resolver los problemas que se van acumulando. No deja a su hija nunca sola. En este capítulo se describe el encuentro con Marta y su madre, y la situación en la que viven. Se intenta examinar cómo ha surgido la enfermedad de Marta y su desarrollo hasta ahora. Finalmente, se describe cómo tratan a Marta las personas de su entorno y la búsqueda de curación.

6.1 Presentación, condiciones de vida, historia de la enfermedad

Un día fui de paseo con unos amigos por las montañas de Matagalpa. Después de unas cuantas horas, cuando volvemos a las afueras de la ciudad, escuchamos de repente a una mujer que nos llama.

[...] damos unos cuantos pasos en su dirección e intentamos entender lo que dice. No habla claro, pero entendemos la palabra 'niña'. La mujer está junto a una casita de plástico y siento la necesidad de darle algo de dinero para su hijita. Al acercarme más, veo en la cara de la mujer que le está pasando algo. Todavía sigo sin entenderla. Entonces viene otra mujer, más mayor, y se pone a su lado. Dice que es la madre de la mujer y que la mujer está enferma de la mente. Le pregunto qué tiene y la madre me contesta que es epilepsia. También dice que su hija tiene dos hijas pequeñas. (Diario de campo, 29 de enero de 2004)

Este fue mi primer encuentro con la enferma Marta (33 años) y su madre Juanita. Después de haber hablado un poco con vistas a mi investigación, le pregunto si le parece bien que vuelva en otra ocasión para conocer mejor a Marta. Le parece bien. Marta me da un abrazo de despedida que casi me asfixia, y lo volverá a hacer en muchas más ocasiones. Durante mis visitas a la familia resulta difícil comunicarme verbalmente con Marta. Debido a sus

pensamientos psicóticos, no he conseguido mantener una conversación, para mí entendible, con ella.

Marta es la mayor de los once hijos que Juanita ha traído al mundo. Excepto tres de ellos, todos los demás viven en el trocito de terreno que Juanita y su esposo Carlos compraron unos cuantos años después de la guerra.³⁶ En el terreno cercado por alambre de espino hay en total cuatro casitas, donde viven dieciséis personas. En la más grande viven Juanita, su esposo y cinco hijos, entre ellos Marta y sus dos hijitas. La casita está construida con chapas onduladas, tronquitos de madera y pedazos de plástico negro. Se duerme sobre tablas de madera. Solamente Marta tiene su propia ‘cama’, el resto duermen dos o más juntos. Hay una bombilla colgada y conectada a los cables del poste de luz más cercano. Se cocina sobre leña y el agua se tiene que traer en baldes desde una comarca cercana. En una segunda vivienda vive un hijo, Ángel, con su novia Michele; en otra casita, otro hijo, Guillermo, y en una cuarta casita, más grande, otro de los hijos, Héctor, con su novia Tania y sus dos hijitas. Sobre el terreno también hay un gallinero en ruinas con la puerta abierta, por lo que los animales pueden entrar en las casas, incluso en las camas. Atados a un árbol hay dos cerdos durmiendo y expuestos a las travesuras de los niños, además de dos perros raquíuticos, de los cuales uno tiene crías durante mi estancia. Finalmente, hay una letrina que está construida tan lejos como es posible, aunque debido al viento los olores entran de vez en cuando en las casas.

Antes de que los padres de Marta compraran este terreno en Matagalpa, la familia vivía en San Ramón, un pueblo situado a 10 kilómetros de distancia. Ahí es donde se conocieron Juanita y Carlos. Juanita tenía unos 18 años cuando conoció a Carlos, que ordeñaba vacas en la montaña. Le pareció guapo y por eso se casó con él. Poco después de casarse, Carlos empezó a beber y ya nunca lo ha dejado. Cada día sale a trabajar para ganar unos cinco córdobas (aproximadamente 25 céntimos de dólar), con lo

36 Cuando en Nicaragua se habla de la guerra, casi siempre se refieren a las luchas entre los sandinistas y la Guardia Nacional, poco antes de que cayera el régimen de Somoza.

que puede comprar medio litro de lijón.³⁷ Juanita dice que es un vicio que tiene apresado a su marido. A ella le parece lógico que debido a este vicio no haya contribuido en todos estos años con dinero al hogar, y no haya ayudado con la construcción de las cabañas. «Él tiene ese vicio ¡qué se le va a hacer!». Aunque sí le parece difícil, porque además de atender la casa y criar a los niños, tiene que buscarse pequeños trabajos para ganar dinero. Juanita suele lavar a mano la ropa de otra gente que conoce en el mercado.

Juanita: —Para los cuadernos hay veces que si voy a lavar, le compro un cuaderno un día, otro cuaderno otro día porque supuestamente son tres niños los que tengo en la escuela y todos estos tengo que comprarles.³⁸

Rimke: —Carlos, su esposo, ¿lleva dinero?

Juanita: —Ese como mantiene con su traguito por una vida, ese es imposible tener que deje ese vicio. El guaro lo tiene dominado a él.

El hijo mayor de Juanita, Pablo, que también vive en la casita con sus padres, parece tener trabajo fijo. Gana la cantidad relativamente alta de 100 córdobas (aproximadamente 4 euros) al día. Pero Pablo, que podría ser un importante apoyo para la familia, pasa su tiempo libre en el bar. Él no bebe lijón como su padre (del cual dice que siente asco) sino botellas de cerveza. Una botella de cerveza cuesta 10 córdobas.

Cuando Pablo me cuenta que gana 100 córdobas al día, casi 3.000 al mes (cuatro veces más que la mayoría de nicaragüenses con su mismo nivel de vida), pienso que me está tomando el pelo. Le digo que me puede decir tranquilamente si no le apetece hablar de este tema. Pero pone una expresión seria y repite lo que acaba de decir. Gana 100 córdobas al día. Ahora que me parece que Pablo se cree lo que está diciendo, empiezo a pensar que tiene delirios de grandeza. Es imposible que gane tanto. Me quedo asombrada cuando Pablo llama a su madre, que confirma sus palabras. «Pero, eso es

37 Alcohol poco destilado. El lijón se vende en pequeñas tiendas, en bolsas de plástico de litro o de medio litro. Para las personas que no pueden pagar cerveza o ron es la manera de seguir con su adicción al alcohol.

38 La enseñanza es gratis en Nicaragua, aunque la familia tiene que comprar el material escolar, como libretas y bolígrafos. La calidad de la enseñanza no es muy buena. Las personas que lo pueden pagar envían sus hijos a colegios privados.

mucho dinero», le digo «¿a dónde va todo ese dinero?» Pablo hace una línea vertical en su cuello y me mira con complicidad. «¿Te lo bebes todo?» Afirma con la cabeza. Y, dice, paga cervezas a las mujeres en el bar, porque tiene una debilidad por las mujeres. (Diario de campo, 8 de abril de 2004)

Pablo y su padre son ambos en parte responsables de la situación de pobreza en la que vive la familia. La pobreza es, naturalmente, un problema estructural, pero el hecho de que Pablo se gaste todo su dinero en bebida y que el padre, por su mismo problema, no contribuya desde hace años a traer dinero al hogar empeora enormemente la situación.

Esta situación recuerda lo que Lewis ha escrito sobre cultura de la pobreza (*Culture of Poverty*). En los años sesenta y ochenta, las publicaciones de este antropólogo fueron motivo de un gran debate acerca de los orígenes de la pobreza. Resumiendo, su teoría aduce que la pobreza conlleva una subcultura, que a su vez refuerza la situación de pobreza inicial (Etzioni, 1976: formulado en Hakemulder, 1985: 16). En Nicaragua y otros países, la opinión predominante es que las personas pobres son demasiado vagas para trabajar, tienen demasiados hijos, son alcohólicos o drogadictos, violentos, criminales, etc. Sin negar las razones estructurales, muchas personas opinan que los pobres son pobres gracias a ellos mismos. No puedo negar que después de escuchar la confesión de Pablo también pensé algo similar. Aunque tuve otro pensamiento mucho más intenso: ¡el alcoholismo proviene en gran parte de la pobreza! Para muchos hombres nicaragüenses es una manera de soportarla. La impetuosa cultura machista que reina en Nicaragua también contribuye lo suyo. Si un hombre no tiene mucho éxito en su trabajo o vida familiar, beber alcohol, tener amantes y, por ejemplo, dominar a su esposa e hijos son maneras de cumplir, de alguna forma, con el criterio de masculinidad.

Ahora centrémonos en el resto de la familia: Marta no puede aportar ingresos, aunque vaya a 'mendigar' de vez en cuando. Julia, otra hija que vive en la cabaña con sus padres, tampoco puede, porque para Juanita resulta indispensable en los quehaceres del hogar. El único dinero extra del que Juanita puede hacer acopio viene de los hijos e hijas que no viven con ella. Aunque esto tampoco supone una aportación regular porque, en lo que a ingresos

respecta, están igual de mal que su madre. Volvamos ahora al contexto de la enferma, Marta. Resulta difícil describir su historia.

Ya es la última hora de la tarde y Juanita debería estar en casa. Encuentro a casi toda la familia en casa, incluso al padre. Este último se dirige directamente a mí, se preocupa de que uno de los niños me traiga una silla (con cuatro patas rotas) y se sienta en una tabla de la cama delante de mí. Carlos es un hombre delgado, algo viejo, con ojos pequeños, pocos dientes en la boca y sonrisa endurecida. Son las cuatro de la tarde y su aliento huele a bebida fuerte. El resto de la familia se sienta a nuestro alrededor en las tablas de sus camas: su mujer, Marta, Ángel, Franklin, David, Julia —que de vez en cuando viene a la puerta a mirar a escondidas— y las dos hijas de Marta, Susana y Ana. Los niños pequeños están llenos de pequeñas ampollas. En mi visita anterior solo Susana tenía varicela, ahora la tienen todos. No hay manera de tener una entrevista íntima. Una familia que vive de esta manera no puede guardar ningún secreto. Les digo que me tienen que indicar si mis preguntas son demasiado francas, pero lo niegan con sus manos. Durante la conversación me doy cuenta de que estas personas simplemente determinan sobre la marcha lo que me cuentan y lo que no. Estoy interesada en el historial médico en general de Marta, pero no es fácil que me lo cuenten en orden cronológico. Preguntas como «¿cuántos años tenía Marta cuando...?» son confusas para ellos, y por tanto también me confunden a mí. Las personas intentan responder lo mejor posible y precisamente por eso se mezcla todo. Las edades y los años no los tienen grabados en la cabeza. Sesenta significa más o menos lo mismo que cuarenta. Tengo que hacerlo de otra forma. ¿Qué pasó primero, y después y después? (Diario de campo, 19 de febrero de 2004)

En conclusión, todos están de acuerdo en que los problemas de Marta empezaron cuando, con diez años de edad, se encontraba lavando ropa en el río y explotó un coche u otro vehículo del Ejército cerca de ella. Desde ese momento, Marta empezó a tener ataques, se caía, empezaba a convulsionar y soltaba espuma por su boca. Unos años después empezó la 'locura': Marta empezó a hablar sola, veía cosas que no estaban e insultaba a todo el mundo. También pegaba a otras personas y lanzaba piedras. Un día la llevaron en ambulancia al hospital psiquiátrico de Managua. Según sus padres, estuvo allí medio año. Desde entonces está más tranquila, con ayuda de medicación.

Hace nueve años Marta tuvo a su primera hija, Susana. El padre es un tal Marvin. Según Juanita y Carlos, Marvin es un hombre mayor que ha abusado de su hija enferma. En las montañas la ha 'embarazado', tanto de Susana como de su segunda hija, Ana.

En una grabación en cinta que hice de Marta se escucha cómo habla de los hombres: «Esos desgraciados». También dice que los hombres la asustaban y le decían: «Vení, amorcito, echemos un polvito». Los partos de Marta tuvieron lugar por precaución en el hospital, al contrario que su madre, que ha tenido a sus once hijos en casa sin problemas. El papel de madre pasó directamente a las manos de la abuela. Ella fue la que dio el pecho a las niñas, porque los pechos de Marta estaban 'secos'. Susana y Ana han llamado siempre a su abuela 'mamá', y eso es lo que Juanita es para ellas en todos los aspectos, su madre. A Marta la esterilizaron después del segundo parto.

Marta está bastante bien en este momento. Si tiene 'nervios' (ver 2.4), como prefiere llamarlo su madre cuando empieza la 'locura', es menos intensamente que antes. Aún insulta, da patadas y golpea contra todo aquello que se cruza en su camino, pero se puede controlar antes y ya no siempre tira piedras. Lo que sí tiene Marta todavía es un ataque epiléptico cada pocos días.



La madre Juanita y su hija Marta

6.2 Denominar y explicar la enfermedad

Un día estaba de visita en casa de una familia que vive cerca de la de Marta. La madre de dicha familia me comenta que conoce a Marta y a su madre del mercado. Al preguntar qué sabe de ellos, dice que Marta está 'loca'. Y también: «dicen que se ha vuelto loca por lo mucho que le ha pegado su marido». El hecho de que Marta no tenga marido y de que nunca lo haya tenido demuestra la pervivencia de la cultura del cotilleo en Nicaragua. Las personas se atacan con historias sensacionalistas (ver 2.5).

Entonces, ¿qué es lo que le pasa a Marta? Según sus padres, tiene ataques epilépticos desde los diez años. También los tiene su hermano Ángel, quince años menor que ella, aunque con menos frecuencia. Cuando comienza un ataque, sus familiares dicen que 'le da el mal'. Tanto Marta como Ángel toman carbamazepina, un antiepiléptico. Según Juanita, sus dos hijos padecen la misma enfermedad, epilepsia. Sin embargo, existe una gran diferencia entre los hermanos: Marta padece una segunda enfermedad, 'locura', me cuenta la cuñada, Tania. Esta enfermedad aparece cuando Marta no ha sufrido ningún ataque durante algunos días.

Juanita no lo ve como una segunda enfermedad; ella lo llama, como he dicho anteriormente, 'nervios', o 'se descontrola'. La etiqueta locura se evita cuidadosamente. El estigma adherido a este término indica que alguien está completamente ausente del mundo y no comprende nada (ver 2.4). Esto no se puede aplicar a Marta. Después de un ataque está lúcida, según su madre: «como que si ella fuera gente».

No es que a ella, que le dé todos los días. Hay veces que le da y como le digo a veces el mal no le da. Cuando a ella le da el ataque ella pasa normal, ya cuando tiene dos, tres, cuatro días que no le da es que ya le coge esa cosa, es que se descontrola.

Juanita no está completamente segura del diagnóstico de epilepsia. Hace hincapié en que *se dice* que es epilepsia, pero la gente dice tantas cosas, según ella. Algunas personas dicen que es un *refrío*, según Juanita. Ella no sabe por qué Marta oye voces y ve cosas que no existen durante los días que no tiene ataques.

Le parece que la razón más lógica reside en el susto que tuvo su hija cuando tenía diez años; la explosión de un vehículo cuando estaba lavando ropa en el río. Esa noche fue cuando Marta tuvo su primer ataque, según Juanita. También Carlos, el padre de Marta, opina lo mismo. Parece que los ataques epilépticos y las vivencias psicóticas recaen bajo un mismo término: 'la enfermedad que ella tiene en la cabeza'.

No queda claro cuándo empezaron las vivencias psicóticas. ¿Fue al mismo tiempo que los ataques epilépticos?, y ¿empezaron esos ataques realmente la noche de la explosión? ¿Tenía Marta efectivamente doce años cuando la llevaron completamente fuera de control al hospital psiquiátrico de Managua? ¿O era más mayor? Es difícil formar un historial de la enfermedad de Marta debido a la mentalidad de la familia de 'vivir de día en día'. La continua lucha por la supervivencia, la necesidad de conseguir el dinero para comprar comida, adquirir libretas y zapatos, continuar con los quehaceres de la casa y hacer frente a los problemas sociales cuesta a la familia demasiada energía. No queda mucho espacio (psíquico) para mirar atrás o para pararse a reflexionar sobre el futuro.

6.3 La búsqueda de curación

La búsqueda de curación empezó tras el primer ataque de Marta. La familia vivía todavía en San Ramón, un pueblo situado cerca de Matagalpa. Allí visitaron, Juanita y su hija, a un *curandero*. El hombre le dio a Marta inyecciones, probablemente complejos vitamínicos, según Juanita. También visitaron el centro de salud del pueblo. No queda muy claro si las visitas fueron al mismo tiempo o una después de la otra, o si la una fue como consecuencia de que la otra no resolviera nada. En el centro de salud le dieron a Marta fenitoína (más conocido por el nombre comercial mexicano de Epamin), carbamazepina y fenobarbital (los tres son antiépilépticos). Curiosamente, los nombres más difíciles salen con facilidad de la boca de Juanita. Aunque no sabe decir para qué es cada cosa. Además, nombra Tegretol y carbamazepine como dos medicamentos diferentes, aunque se trata de un solo medicamen-

to. El que en Nicaragua se vendan los medicamentos tanto por su nombre comercial como por su nombre genérico causa gran confusión a numerosas personas.

El único ingreso de Marta en el hospital psiquiátrico de Managua fue, durante seis meses, cuando tenía doce años, y es un acontecimiento del cual Juanita no tiene mucho que contar. Lo único que sabe es que a su hija le dieron medicamentos que la calmaron un poco. Parece que la búsqueda de curación, después del ingreso en el hospital psiquiátrico, continuó en el ámbito de la biomedicina. Juanita habla exclusivamente de medicamentos cuando habla de la curación de su hija.

He tanteado de bastantes formas, de medicamentos. A mí me dicen una cosa, a mí me dicen otra, pero no hay forma de que ella se cure.

Actualmente visita al doctor Castillo (ver 3.3) en la policlínica. Le parece un hombre simpático, pero como solamente le hace recetas, hace ya mucho tiempo que no lleva a Marta. Las medicinas (carbamazepina) las recoge gratis en la ventanilla de la policlínica. Si no las tienen disponibles, las compra en la farmacia.

Hasta donde yo he podido averiguar, Marta no ha vuelto a tomar medicamentos antipsicóticos desde su ingreso en el hospital psiquiátrico de Managua. Sí le dieron medicinas tranquilizantes. Juanita:

Bueno, antes me decían que le diera la diazepam para que durmiera, pero otras personas me decían que le hacía más daño al cerebro, la molestaban más en el cerebro, entonces yo dejé de darle la diazepam, ya no se la doy, porque ella solo pasaba dormida. Solo la carbamazepina.

Es sabido que el diazepam crea adicción, pero no me atrevería a decir que daña el cerebro. Lo que sí es seguro es que en Matalgalpa se cuentan muchas mentiras o medias verdades sobre las medicinas. La cuñada de Marta, Michele, de 14 años, me dijo en secreto que estaba pensando en no tomar más la píldora anticonceptiva, porque según su madre provoca cáncer. La afirmación de la madre puede estar basada en prohibiciones religiosas, pero demuestra lo crédula que es la gente y las consecuencias que puede tener esa credulidad. No obstante, Juanita ha guardado una tira

de diazepam en casa para los momentos en que Marta tenga nervios. O sea, para momentos en los que Marta grite, vocifere y esté incontrolable. Menos mal que ya no le sobrevienen tan fuertes los ataques como antes. Cuando le pregunto si hay curación para la enfermedad de Marta, me contesta Juanita:

Así dice la gente que no hay, me han dicho que no hay. Otros me han dicho que hay, pero yo con esta hija yo he tratado mucho pero es imposible.

Rimke: —¿Y usted tiene fe en que ella vaya a curarse un día, o...?

Juanita: —Pues yo en mi pensamiento yo le pido a mi Diosito, que con el poder de Él y algún tratamiento que le ha de llegar, ella se va a curar.

Con la carbamazepine que Juanita trae fielmente todos los meses de la policlínica, Marta no se va a curar. No obstante, mientras no haya 'algún tratamiento', es mejor que nada. Por lo demás, a la madre solo le queda rezar.

6.4 Relación y trato

Juanita tiene una imagen clara de cuál es el mejor trato con su hija Marta:

Quando a ella le dan los nervios... lo único que hacemos nosotros es no decirle nada. Cuando ella se compone, ya le pasa aquello, ya si una persona dice a decirle entonces ella se pone más peor, entonces mejor no le decimos nada. Allí que se controle ella sola. Mejor dejarla que esté así, que no hace nada.

Antes, según Juanita, era más difícil dejar a Marta tranquila, porque estaba peor. Se puede discutir sobre la cuestión de si está más tranquila por el cambio en el trato, o bien si el trato ha tomado esta forma porque el proceso de la enfermedad ha llegado a una fase en la que está más tranquila. Independientemente de las causas y consecuencias, el que 'se deje tranquilo' con cada vez mayor frecuencia al familiar psicótico constituye un patrón que se reconoce en muchas familias (ver 4.4, 5.4 y 7.4).

Dejarla tranquila no quiere decir que Juanita pierda a su hija de vista. Tiene miedo sobre todo de que le pase algo por los ata-

ques epilépticos. Por eso prefiere llevarse a Marta cuando va a por agua, a buscar leña, al mercado o a lavar ropa al río.

Si yo salgo, ella sale conmigo. A donde yo voy, allí va ella, no la dejo.

Durante las visitas a Marta y su familia siempre he tenido la sensación de que en cualquier momento podría surgir un conflicto entre los familiares. Aunque la cuñada, Michele, me contó que Marta y su padre se pelean con frecuencia, eso no ha ocurrido en mi presencia. El hecho de que los miembros de esta familia vivan tan cerca unos de otros, así como el ambiente tenso que se siente dentro y alrededor de las casitas de plástico cuando los hombres están borrachos, hace que me pueda imaginar los conflictos vívidamente.

Soy testigo de cuando el hijo, Pablo, pregunta a su madre cómo se ha hecho ese corte en el labio. «¿Lo ha hecho él?», pregunta, borracho y exasperado. Pablo se refiere a su padre. Juanita le contesta que sucedió el día anterior, que mientras buscaba leña le golpeó una rama en la cara. Naturalmente es posible, pero la actitud de Pablo lo dice todo sobre el ambiente en la familia. (Diario de campo, 8 de abril de 2004)

Juanita hace todo lo posible por mantener el equilibrio en la familia. Con un esposo y un hijo que se emborrachan todos los días y una hija psicótica, no es una tarea fácil. La cuñada explica que a menudo Juanita se tiene que interponer entre el esposo y la hija, por lo que también es víctima de discusiones y violencia.

Juanita prefiere manejar el método de ‘prevenir es mejor que curar’. Una noche que Pablo llega completamente borracho a casa, veo cómo le ofrece comida y bebida sonriendo amablemente. La hija, Julia, y la novia de Pablo le ayudan. Pablo se dirige a las mujeres de forma extremadamente grosera, pero Juanita no dice ni pío. En el trato con su hijo borracho utiliza la misma táctica que con su hija Marta; dejarle tranquilo.

* * *

Después de leer este capítulo nos podemos preguntar quién causa más problemas a Juanita, si su hija psicótica o 'sus' hombres borrachos. Llama la atención, en este capítulo, que el centro de gravedad pase continuamente de la primera a estos últimos. Pero también la pobreza está marcadamente presente en este capítulo. Los problemas en torno a la psicótica Marta palidecen ante la cruda situación que vive la familia.

Las personas del entorno de Marta la llaman loca. Juanita nunca pronunciaría esta palabra cuando se trata de su hija. Según Juanita, Marta tiene una enfermedad en la cabeza que le provoca 'nervios' y ataques de epilepsia, o como ella dice, 'el mal', pero por lo demás es una mujer completamente sana. Los padres de Marta sospechan que la causa de la enfermedad fue un 'susto'. Cuando su hija tenía diez años explotó cerca de ella un vehículo. Según la madre, empezaron entonces los ataques epilépticos. No queda claro cuándo surgieron los primeros síntomas psicóticos. Según los padres de Marta, ella tenía unos doce años cuando la ingresaron durante medio año en un hospital psiquiátrico en Managua, aunque es difícil evaluar si las edades y las fechas son correctas. La familia vive desde hace más de treinta años al día, sin reflexionar sobre los acontecimientos de esta manera.

En el pasado, Juanita ha visitado con su hija a un curandero tradicional por lo menos una vez, aunque la búsqueda de curación se ha producido principalmente en el ámbito biomédico. Después del ingreso en el hospital psiquiátrico de Managua, a Marta se le han recetado diferentes medicamentos que, según la madre, le han ayudado a que esté más tranquila. En este momento, Marta toma solamente un antiepiléptico. Aunque Juanita no está buscando de manera activa formas para que desaparezca la enfermedad de su hija, sí tiene la esperanza de que alguna vez se cure. Para esto reza a Dios. Quizás Él pueda darle un día 'algún tratamiento'.

Dentro y en los alrededores de la casa de la familia, a Marta la dejan tranquila en todo lo posible. Según la madre, esta es la forma más efectiva de tenerla tranquila y contenta. Cuando Juanita sale de casa, se lleva consigo a Marta. De esta forma siempre puede estar pendiente de que no le pase nada.

CAPÍTULO 7

DEJAR DESCANSAR EL PASADO, Y ESPERAR LO MEJOR DEL FUTURO

La familia de este capítulo la forman una madre y dos hijos psicóticos de mediana edad. El título del capítulo hace referencia a la filosofía de vida de Hilda, la madre. Su silencio resultó ser la información más valiosa que se ha podido obtener durante las visitas. En este capítulo se describe cómo se ha conocido a la familia, cómo viven y el historial médico de los dos hijos. Más adelante se tratan los comentarios de los vecinos, de la propia madre y de uno de los hijos con respecto a la enfermedad. Se reconstruye la búsqueda de curación para los hijos y se termina con algunas observaciones relacionadas con el trato.

7.1 Presentación, condiciones de vida, historia de la enfermedad

Al hablar con otra gente acerca de mi investigación, a menudo me comentaban que conocían a alguien que estaba 'loco' tal como yo lo describía. Un día, un conocido me habló de dos hombres que vivían en su calle y que hablaban solos. Se trataba de dos hermanos que vivían con su anciana madre en una pobre casita. Decidí ir allí para conocerlos.

Al primero de los hermanos lo he encontrado pronto. En la acera, delante de una casita, está sentado un hombre con una gran sonrisa y una barba gris, con el que rápidamente tengo contacto visual. Nos saludamos y me acerco a él para presentarme. El hombre dice que se llama José y directamente empieza a contarme de todo. Su hermano no está bien, «el pobrecito», no duerme y está agresivo. Y su madre, «la pobrecita», también lo está pasando mal. José (de 45 años) se siente claramente responsable, ya que él está perfectamente [...] Le pregunto si me puede presentar a su madre. Le parece bien, aunque debo quedarme fuera porque afirma que entrar a la casa sin más puede ser peligroso. Su hermano pega de vez en cuando. La madre aparece en el umbral y me dice «pase adelante», queriendo decir que puedo entrar en

su casa. Se acaba de lavar, su mano está todavía fría y húmeda por el agua. Se llama Hilda. Me ofrece una silla, y también ella y José se sientan. (Diario de campo, 10 de febrero de 2004)

La pequeña casa de piedra donde vive José con su madre y su hermano tiene un aspecto descuidado. La mesa de comer está arreglada, pero el resto de la casa está hecha un desastre. Hay grietas en el suelo, las paredes y el techo. Continuamente se escuchan crujidos de los ratones que están correteando.

Empiezo a hablar con Hilda y José, y poco tiempo después también conozco al segundo hermano, Roger (de 47 años):

Cuando mamá Hilda me quiere enseñar una foto en la habitación de al lado, quiero ir detrás de ella, pero José me detiene. «No, no lo hagas, ahí está mi hermano», me dice. Aunque Hilda dice nuevamente «pase adelante», así que entro en la habitación. Detrás de un muro veo a su segundo hijo acostado. Está echado en el suelo de piedra, está muy delgado y solamente lleva puesto un pantalón desgarrado. A su alrededor hay trozos de tela, bolsas de plástico y trozos de papel, todo dispuesto como una almohada. Le estrecho la mano para presentarme, «Buenas, me llamo Rima». Él me estrecha la mano hecha un puño y murmura su nombre. La madre me dice, medio disculpándose: «es donde él quiere estar, o sea...». «Por supuesto», le digo. «Si es donde él está a gusto, pues se tiene que quedar ahí», la tranquilizo. (Diario de campo, 10 de febrero de 2004)

Según su madre, hace diez años que Roger no toma medicamentos. De un día para otro dijo que ya no quería más. Durante un tiempo la madre se los mezclaba en su refresco, pero por razones para mí desconocidas ha dejado de hacerlo. Roger ha estado ingresado en tres ocasiones en el hospital psiquiátrico de Managua. Según Hilda, su hijo Roger es más rebelde que José, que ha estado solamente ingresado una vez y se toma bien los medicamentos. José tiene epilepsia y toma carbamazepina, un anti-epiléptico.

Tanto José como Roger han militado en el ejército sandinista. Los chicos (que entonces tenían 20 y 22 años) dejaron el ejército antes de tiempo porque 'enfermaron'. Durante su corto tiempo de servicio (respectivamente, dos y un mes), ni José ni Roger han matado a nadie. Eso es, por lo menos, lo que dicen José y su madre. Por lo general, José recuerda poco de ese período. Al contrario que su madre, afirma que ya estaba enfermo cuando se

fue al ejército. La madre dice que José y Roger eran chicos completamente sanos antes de la guerra. José incluso tenía un trabajo en una fábrica de muebles.

El padre de José y Roger murió en los años cincuenta, cuando los hermanos tenían tres meses y tres años, respectivamente. Un cliente le disparó en su taxi para no pagar. Hilda tuvo después otros cuatro hijos de otro marido. Tres de ellos murieron poco después de haber nacido; el cuarto murió hace seis años en una plantación de café, con 24 años. José cuenta que lo trajeron como un animal muerto y lo tiraron en el suelo del salón. Los hombres que lo trajeron se fueron sin dar ninguna explicación. El hijo tenía heridas por todas partes. Del padre de los hijos muertos Hilda no quiere hablar. No era buena persona, es todo lo que quiere decir.

La casita en la que vive con los dos hijos enfermos que le quedan se la regaló una hermana que había ganado a la lotería. A estas alturas, la vivienda presenta un aspecto descuidado por falta de ingresos para hacer algún que otro arreglo. La electricidad la cortaron hace ocho años por no pagarla. Hilda gana algo de dinero con la venta de ropa en la calle. Además, por José recibe todos los meses una pequeña cantidad de la seguridad social por los servicios prestados al ejército. La razón por la que Roger no recibe nada, Hilda no la sabe. No se atreve a preguntar, porque un agente de seguros le dijo en una ocasión que le bajarían la cantidad mensual de José.³⁹

José y Roger apenas dejan la vivienda. José está siempre sentado en la puerta de la casa. Desde ahí tiene el mundo exterior bien controlado, escucha noticias radiofónicas en los coches que pasan y conoce las caras de los transeúntes. En alguna ocasión da unos cuantos pasos por la calle para tener algo más de visión, pero siempre se vuelve a sentar en la entrada de la casa 'segura'. Solamente Roger deambula por la calle. Alguna que otra vez pide ropa, que la gente le da, al ver su cuerpo medio desnudo. Aunque la ropa de segunda mano seguro que acaba revuelta en un gran montón. Roger se niega a quitarse su pantalón sucio y

39 La cantidad mensual es de 600 córdobas, aproximadamente 24 euros.

completamente desgarrado, a través del cual se ven sus nalgas huesudas. Esto desespera a su madre, que tiene miedo de que las personas piensen que no cuida bien de su hijo. Pero no hay forma de convencer a Roger, porque se agita cuando ella lo presiona. Aunque está contento con su ropa, me da pena Hilda. Un día decido echarle una mano para convencer a Roger que se ponga un pantalón nuevo. Me siento a su lado en el suelo y le digo que no me irá hasta que se ponga un pantalón limpio que ha preparado su madre para él. Con una sonrisa de duda rechazo la camisa, calcetines y zapatos que Hilda me trae llena de esperanza. No podemos esperar demasiado de una vez.

Roger se pone nervioso por mi presencia y llama de vez en cuando a su madre, que está de arriba abajo haciendo las labores de la casa. En ocasiones parece querer hacer el gesto de ponerse el pantalón, pero finalmente se queda en un largo murmullo que no entiendo. Hilda le dice a Roger que se tiene que poner el pantalón, porque yo me tengo que ir. Parece ser un buen comentario. Apparently Roger se empieza a poner más nervioso, duda, murmura y duda. Le pregunto si le da miedo cambiar de pantalón. Dice que el pantalón es de otras personas. Hilda dice que el pantalón es completamente nuevo y yo le digo que si es nuevo no tiene que tener miedo, porque no lo ha usado nadie. Roger le dice algo de nuevo a su madre. Y Hilda me dice a continuación que Roger lo hará. Me retiro. José, mientras, permanece todo este tiempo en su sitio en la puerta de la casa. Me pongo a su lado e intercambiamos una mirada de complicidad, a la vez que escuchamos un ruido detrás del muro que indica que Roger se está cambiando de pantalón. Un poco más tarde sale Roger, parece ser que un poco enfadado. Pero está fenomenal. Hasta se ha cambiado de calzoncillos. (Diario de campo, 25 de abril de 2004)

Hilda reza todos los días para que sus hijos mueran antes que ella. Padece muchos dolores, lo que se nota en su manera de moverse. Le duele la parte inferior de la columna y piensa que tiene infectada la carne de las piernas y los pies. Pero se va arrastrando día a día. Una vecina que vive desde hace doce años enfrente de la familia afirma que desde que murió el hijo de 24 años, hace seis años, por fin hay paz en la casa de Hilda. El hijo se drogaba, pasaba todos los días borracho y era frecuentemente agresivo. Ahora es más fácil adivinar cómo murió. En Matagalpa es común que los jóvenes mueran en peleas. Hilda nunca ha querido hablar conmigo sobre lo ocurrido. Tanto las preguntas directas como las indirectas las ha sabido esquivar.

José y Roger también consumen drogas, me cuenta la vecina. Aunque Hilda me asegura que sus dos hijos enfermos solo se han emborrachado en algunas ocasiones, y nunca han consumido drogas. José hace más de trece años que no ha bebido ni una gota. Al igual que otras familias que conocí durante mi investigación, Hilda está firmemente decidida a no perder su dignidad (ver 4.2, 5.2, 6.2). Droga y alcohol son tabú. Tanto ella como sus hijos son, en este aspecto, personas muy decentes. El que mantener su dignidad sea una dura lucha se aprecia bien en el siguiente ejemplo: un día, al visitar a Hilda en una iglesia, donde acude junto con otras mujeres de su barrio para arreglar una imagen de una procesión, soy testigo de un triste acontecimiento. Las mujeres, bien vestidas, han traído flores caras para poner alrededor de la imagen, mientras que Hilda trae un ramito de malas hierbas de su jardín. En silencio, reparte el ramo verde con flores blancas junto a la imagen. No habla con nadie y nadie habla con ella. Al igual que las otras mujeres, se ha puesto un alfiler con un lazo rojo en el pecho, lo que simboliza ser parte de una hermandad, pero da la impresión de que no es parte de ella. Hilda es 'diferente'. Además de ser pobre y tener dos hijos 'locos' que nunca salen de casa, tiene una personalidad peculiar. Se ha hecho dura, a primera vista parece indiferente y sus pensamientos están ausentes. Es difícil llegar a conocerla. Hilda ha sido la única madre de todas las familias investigadas que no ha querido conceder una entrevista. La información en los párrafos siguientes procede, por lo tanto, de conversaciones informales que he tenido con ella y con su hijo José.

7.2 Denominar y explicar la enfermedad

La vecina explica que José y Roger han enfermado por una sobredosis de droga. Cuando le pregunto si puede ser que haya otra explicación, se molesta y dice: «Yo no soy un psiquiatra, solamente sé lo que dice la gente». La reacción demuestra de qué forma la inseguridad y el desconocimiento con respecto a las enfermedades psicóticas pueden tener un efecto estigmatizador. Es frecuente que el comportamiento psicótico se relacione con el uso

de drogas. A las personas psicóticas que deambulan por la calle también se les llama 'drogadictos', como si locura y drogas fueran de la mano. Con esto se justifica la postura tan insensible que se suele mostrar hacia las personas psicóticas que vagabundean por la calle. La idea de que el sufrimiento se lo deben a ellos mismos hace que las personas sientan menos compasión. En ocasiones he pensado que en Nicaragua falta información acerca de los peligros que conlleva el consumo de drogas. En periódicos, revistas y libros escolares se recalca sobre todo que la droga daña al cerebro y provoca trastornos psicóticos. Esto es cierto, pero por falta de información sobre trastornos psicóticos a menudo se confunden la causa y la consecuencia. Es decir: si las personas leen que las drogas pueden provocar un trastorno psicótico, pronto llegan a la conclusión errónea de que todas las personas psicóticas han consumido drogas.



La madre Hilda y sus hijos Roger y José

Hilda afirma que sus hijos están lisiados por la guerra, ya que los problemas empezaron entonces. Según la madre, José y Roger dejaron el ejército después de uno y dos meses, respectivamente, porque no les gustó, pero es probable que a ambos los expulsaran porque ya estaban enfermos. José tenía 20 años y Roger 22, a esas edades ya se han dado en numerosos casos los primeros síntomas psicóticos. José dice que recuerda poco del tiempo que pasó en el ejército, porque estaba enfermo. Un día me enseñó una foto de un chico guapo con una camisa medio abierta y un arma en la cadera derecha; era él. Me cuenta que el día en que le tomaron la foto tuvo que ir, él y otros chicos, a la catedral, donde se les dio ropa y armas. Me cuenta que ese día uno de los chicos, como broma, lo encañonó con un fusil. Por un momento pensó que lo mataría, pero solo fue un susto. José ve este acontecimiento como (parte de) la razón de su enfermedad. Una enfermedad que él mismo llama epilepsia: al contrario que su hermano, padece ataques epilépticos. José no habla de vivencias psicóticas, ni su madre tampoco. El tema parece tabú. Solamente en una ocasión, cuando a propósito le explico a Hilda el ejemplo de una niña que he conocido que oye voces, me dice «ellos también», señalando con la cabeza a sus hijos. Pero inmediatamente me da a entender con palabras y gestos que no quiere hablar de este tema. Además del susto en la catedral, José piensa que una caída de una moto que tuvo con dieciocho años es la causante de su enfermedad. Hilda parece estar de acuerdo. Este es un breve diálogo que escribí durante una visita a la familia:

Rimke: —En su opinión, ¿cuál es el origen de la enfermedad de José?

Hilda: —El médico dice que es una lesión.

Rimke: —¿De qué?

José: —De caerme.

Hilda: —Sí, de caerse.

Rimke: —¿Usted también piensa eso?

Hilda: —Sí, porque cuando José llevaba moto se cayeron una vez.

Rimke: —Entonces ¿no está lisiado por la guerra?

Hilda: —También. Creo que fue más la guerra, porque la enfermedad empezó después de la guerra.

Rimke: —En ese caso ¿qué ha sucedido en la guerra que ha ocasionado esta enfermedad?

Hilda: —¿Quizás vio algo?

Rimke: —¿El qué?

- Hilda: —Alguna cosa mala. Algo que le dio nervios. Algo que le asustó.
Rimke: —Pero, ¿qué pudo ser?
Hilda: —Algo malo. A lo mejor le han asustado ‘Te voy a matar’, o algo así.
Rimke: —¿Cuándo le tomaron la foto?
José: —Sí, cuando me tomaron la foto.
Hilda: (se levanta de la silla) —Vuelvo enseguida, ¿no quieres tomarte tu refresco?
José: —No, ella no lo quiere.
Rimke —Quiere que vaya con usted?
Hilda: —o, solo voy a hacer un mandado. (Hilda se va)

Como tantas otras veces, Hilda me da a entender que no le gusta el tema de conversación. La guerra ha hecho enfermar a sus hijos, mucho más no quiere, o no puede, decir. Esta anciana madre, con hijos de mediana edad, uno de ellos psicótico crónico, se mantiene sin embargo en pie. De forma figurada, pero también real, ya que Hilda cada vez camina peor. Sabiendo que no va a ser el caso, espera que sus hijos mueran antes que ella. Eso sería su salvación, pero sobre todo la de ellos, además de ser la única forma de dejar de forma tranquila esta vida. Hace más de veinte años que no importa la razón que los ha llevado a ella y a sus hijos a esta situación. Es fácil culpar la guerra. La guerra fue realmente horrible y ha traumatizado a muchas personas. Pero también la pronta muerte de su primer marido; un segundo esposo que era tan malo que Hilda ni siquiera quiere decir cómo se llama; la muerte de tres hijos pequeños; un hijo agresivo alcohólico y un cuarto hijo que también muere; los dos hijos enfermos que le quedan, todas son, una por una, experiencias impresionantes de las que Hilda no quiere hablar. Según Ventevogel, esa negación a hablar puede ser tanto una forma de trauma como una estrategia para procesar los acontecimientos traumáticos. Con esto, Ventevogel quiere decir que procesar no necesariamente tiene que ser siempre de forma verbal. Da ejemplos de grupos de personas (en países con violencia) que encontraron alivio psicológico por mediación de trabajos (en proyectos, en el campo o en la construcción) o por hacer actividades especiales como rituales curativos (2000: 237-239). Me recuerda a Hilda, que, a pesar de su avanzada edad, siempre está trabajando. No creo que le guste mucho, pero es una manera eficaz de pasar el día. Hablar del pasado puede que la llegara a paralizar y así dificultar el cuidado de sus hijos.

Tankink citó esto como una de las ocho facetas del por qué las personas se callan (en los países que han experimentado violencia, donde ella realizó su investigación: «hablar y expresar las emociones enferman» (2000: 214). Por otro lado, Hilda padecía dolores de cabeza crónicos. A mi pregunta de si la razón de su dolencia eran sus problemas (económicos), me respondió afirmativamente. Por lo tanto, en este caso, no hablar también enferma. Aunque la pregunta correcta sería si hablar le iba a quitar a Hilda los dolores de cabeza, ya que sus problemas no se solucionan de esa manera. A Tankink, un informador le dijo que «tienes que ser rico para olvidar el pasado» (ibid: 216). Estoy segura de que Hilda, y muchas otras personas en su situación, están de acuerdo con esta expresión. El dicho 'El dinero no hace la felicidad' que decimos en los países occidentales, es de alguna forma como un insulto para gran parte de la población mundial. Tener dinero sí ayuda a ser algo más feliz.

Hay otra faceta que menciona Tankink que, en mi opinión, está muy ligada con la teoría de enfermar: 'callar porque la situación económica requiere toda la atención'. Ella escribe: «toda la atención y preocupaciones se dedican a sobrevivir. Las personas no tienen tiempo para prestar atención a otros asuntos [...] No son los recuerdos de las pesadillas los que hacen estragos, sino la miseria económica en la que se encuentran» (ibid: 216). No sé si el silencio de Hilda tiene que ver con la falta de tiempo, pero sí es cierto que su vida está completamente marcada por la miseria económica. Esto se demuestra en la siguiente cuestión, la descripción de la búsqueda de curación para José y Roger.

7.3 La búsqueda de curación

Poco después de la guerra, Hilda visitó con sus hijos a unos médicos cubanos en el Hospital Público de Matagalpa. En la década posterior a la guerra, a Nicaragua acudieron numerosos asistentes de salud extranjeros. Estos les firmaron recetas para ambos hermanos, y cuando se fueron, su lugar lo ocuparon otros médicos nicaragüenses. Hilda no recuerda de qué medicamentos se trataba. Hilda afirma que nunca ha ido a un curandero o brujo. Me

cuenta que no cree en eso. Su firmeza delata un pasado católico. La iglesia desaconseja ir a curanderos tradicionales. Los predicadores evangélicos incluso lo prohíben a su congregación.

Hasta cuatro veces llevaron a uno de los hijos de Hilda al hospital psiquiátrico de Managua. Roger era, según Hilda, el más 'rebelde', lo que quizás signifique que era completamente inmanejable. El doctor Castillo (ver 3.3) explicó que una situación tiene que ser como mínimo insoportable para que una familia se ponga en acción. Especialmente las familias más pobres, que esperan tanto que al final tiene que ser un grupo de vecinos fuertes los que lleven a su familiar a la fuerza a un médico psiquiatra o curandero.

Con Roger no puedo hablar de sus hospitalizaciones, pero José todavía se acuerda de su estancia en El Kilómetro 5 (como se le llama popularmente en Nicaragua al Hospital Psiquiátrico: ver 2.3). Estaba convencido de que lo querían matar y se escapó. Nadie se explica cómo, pero saltó el alambrado de metros de altura que rodea el terreno. Poco después lo recogieron con un coche y lo llevaron de vuelta.

Hilda buscó dentro del circuito de medicina moderna una curación para sus hijos. Cosa comprensible en vista de la situación social que había después de la guerra. Hasta las personas más pobres se dieron cuenta de que el nuevo régimen sandinista daba importancia al sistema de sanidad. Además, tanto la atención médica como los medicamentos eran gratis, cosa que no había ocurrido nunca anteriormente (ver 2.1). A Hilda le gustó la atención que le prestaron los médicos y nunca ha buscado alternativas. Por lo menos, eso es lo que cuenta. No ha visitado curanderos tradicionales. La ayuda por parte de los médicos consistía (y sigue consistiendo) exclusivamente en hacer recetas para medicamentos.

Hilda conoce al psiquiatra de Matagalpa, el doctor Castillo, pero nunca lo ha visitado. La razón es sencilla: Castillo está casado con una prima suya. No le parece una idea agradable el que personas que conocen a su familia conozcan también su vida privada. Esto es característico de la cultura en Matagalpa (la ropa sucia no se lava fuera de casa, la gente se la podría llevar), y está también relacionado con las enfermedades psicóticas. El estigma

que recae sobre las personas psicóticas (ver 2.5) hace más infranqueable la barrera a la hora de hablar de un familiar enfermo. En definitiva, Hilda realiza todos los meses el viaje al Hospital General de Matagalpa, donde un médico le hace una receta. Ella sabe que la medicación no cura a su hijo José, y también es consciente de que Roger no se va a curar sin medicación, pero no tiene ni dinero ni energías para seguir buscando una curación. Lo único que le queda dentro de sus posibilidades es rezar a Dios. Él es su única esperanza y lo único que puede cambiar la situación. Cuando le pregunto qué es lo que más le gustaría cambiar, no se lo piensa mucho. Hilda quisiera arreglar la pared de la cocina. En cualquier momento, el mamotreto puede venirse abajo debido a una gran grieta, e incluso ocasionarle la muerte. Con esta respuesta Hilda cierra el círculo. No son las enfermedades psicóticas de sus hijos lo que determinan su vida, sino el que sus hijos no puedan cuidar de sí mismos y mucho menos de ella. Esto conlleva más pobreza y ese es su mayor problema.

7.4 Relación y trato

Aparentemente, la gente del barrio tolera a José y a Roger, aunque también los evita. Nadie visita a la familia, según José porque tienen miedo de su hermano. No puedo pronunciarme sobre el trato dentro de la familia durante los últimos veinte años. En lo que respecta al presente puedo ser breve. La madre les da a José y Roger comida, ropa y baldes de agua para lavarse. Y por lo demás, los deja tranquilos. En la práctica, esto significa que Roger se pasa el día danzando dentro y alrededor de la casa, hablando entre dientes con las voces que oye en su cabeza. Vive completamente en su mundo. Según Hilda, con los años se ha vuelto menos agresivo. Esto es un desarrollo que he constatado también en otros familiares psicóticos (ver 4.5, 6.4), y que probablemente tiene que ver por un lado con el propio equilibrio de Roger (al hacerse mayor) y por otro al dejarlo tranquilo, con lo que esquiva el contacto con las personas. José está todo el día sentado en la puerta y es gracias a, o a pesar de, las medicinas una persona bastante estable y amable. Él podría servir de ayuda con las tareas

del hogar, pero Hilda prefiere hacerlo todo ella misma. Dice que si lo hace ella, por lo menos se hace bien. Veamos una impresión de sus 'labores del hogar':

Pido a Hilda que me deje mirar cómo prepara la comida. Le parece bien. En la parte trasera de la casa, en una cocina pequeña, da vueltas al arroz con aceite dentro de una olla. Cocina sobre leña. Su brazo a menudo está dentro de las llamas, pero no le pasa nada. Una mujer sorprendente. Se lo digo. Reacciona comentando que está completamente sola, que desde hace veinticinco años vive en esta casa con 'estos dos', que lo tiene que hacer todo ella sola. Pero con la ayuda de arriba lo consigue. Gracias a Dios está ella ahora allí, dando vueltas a la comida en la olla, vive, se mueve y funciona... Aun así sigue denegando toda mi ayuda. «Ya lo hago yo», me dice continuamente. Finalmente consigo cortar los tomates a trozos que he traído para la ocasión (todo un lujo), pero es Hilda quien dice cuanto sal se tiene que echar. No es fácil tener un mirón en la cocina. (Diario de campo, 25 de febrero de 2004)

Hilda ha encontrado una forma de vivir su vida con sus hijos. Nadie puede decir que no es una buena forma. Después de una vida tan agitada, hay tranquilidad en casa y eso tiene mucho valor. Mientras tanto, es Roger quien determina el ambiente en la casa. Hilda y José le tienen miedo. Cuando estamos sentadas a la mesa hablando y Roger se desliza por enésima vez por nuestro lado, Hilda sigue hablando como si estuviera despreocupada, aunque capto que lo tiene vigilado con el rabillo del ojo. Solo cuando se ausenta hace un comentario sobre su comportamiento, su ropa u otra cosa. En muy pocas ocasiones hablan, ella o José, directamente con Roger. Tres veces al día Hilda le anuncia que la comida está lista, eso es todo. Roger viene a por su plato y se lo come detrás del muro, en el suelo. Es un hombre delgado, con el pecho desnudo, pelo negro desmelenado, ojos penetrantes y nariz puntiaguda, como un fantasma vagando por la casa. Aunque también hay momentos en que Roger da una impresión amable. Esto sucede cuando se ríe a carcajadas de sus voces o tiene otras alucinaciones agradables. En una ocasión le escuché hacer una pregunta con voz clara. Me asustó. Por un momento pude imaginar a Roger en una vida sin psicosis, no como un fantasma, sino como un hombre de carne y hueso.

* * *

Después de una vida llena de acontecimientos impactantes, parece que Hilda ha encontrado una manera de pasar los días con sus dos hijos psicóticos. Su estrategia consiste en no mirar hacia atrás y esperar lo mejor del futuro. Prefiere no pensar en las posibles dificultades que deparará el futuro, y espera que sus hijos mueran antes que ella.

Según los vecinos, sus hijos se han vuelto locos por el uso de drogas, aunque Hilda está convencida de que la culpable ha sido la guerra. Prefiere apoyarse en un factor externo como causante de las enfermedades, antes que en razones sociales de peso como las drogas, el alcohol o el maltrato familiar. Hilda desprende dignidad y hace todo lo que puede para mantenerla. Un encuentro con ella y las mujeres de su comunidad religiosa me hace sospechar que se trata de una lucha enconada. La situación de pobreza en la que vive, el tener dos hijos 'locos' y una personalidad endurecida hacen de ella una persona ajena al grupo de, sobre todo, mujeres de buena posición.

Al contrario del resto de familias investigadas, Hilda afirma no haber acudido nunca a un curandero tradicional. Desde hace veinticinco años visita médicos en los hospitales y utiliza (o utilizaba) las medicinas que estos le prescriben. En este momento está contenta con que uno de sus hijos tome la medicación. Con respecto al otro, que no la toma, se conforma con que sea menos agresivo que antes. Hacer frente a la pobreza ocupa todo su tiempo. Hace muchos años que dejó la búsqueda de una curación. Se ha llegado a un equilibrio en la familia basado en la provisión de las necesidades básicas por parte de la madre, en no hablar ni del pasado ni del futuro, y en dejarse en paz los unos a los otros.

PARTE III
CINCO AÑOS MÁS TARDE

CAPÍTULO 8

DE LA INVESTIGACIÓN A LA ACCIÓN: CINCO AÑOS MÁS TARDE

Este libro está llegando a su fin, pero las historias de Iván, Erick, Marta, José y Roger continúan. En este último capítulo veremos cómo se encuentran ahora, cinco años más tarde. Sus historias tuvieron una continuidad cuando en octubre de 2005 se impulsó la creación en Matagalpa de una organización de familiares de personas con trastornos psicóticos. Gracias al apoyo de una ONG holandesa y una matagalpina,⁴⁰ la autora tuvo la oportunidad de volver a Nicaragua y poner en marcha este proyecto (más tarde se cambiaría el nombre al de Cuenta Conmigo). Se terminó el ejercer como investigadora, para pasar a la acción. Los familiares tienen derecho a saber qué está pasando con su pariente.

8.1 Una organización de familiares de pacientes psicóticos

PONER EN MARCHA UN PROYECTO EN NICARAGUA

Las primeras actividades de Cuenta Conmigo consistían, sobre todo, en buscar, hacer contactos, planificar y probar. En ningún sitio es tan fácil hacer contactos como en Nicaragua, pero no conozco ningún lugar donde haya tantas personas tan informales como aquí. En parte tiene que ver con las difíciles circunstancias en las que viven muchos nicaragüenses, pero también, como ellos mismos dicen, la puntualidad no forma parte de su cultura. Otro factor que no ha hecho fácil poner en funcionamiento algo nuevo en este país es la gran desconfianza que existe entre las personas; pero la enorme necesidad de este proyecto y la firme solidaridad

⁴⁰ Respectivamente, Stedenband Tilburg-Matagalpa y Comité Mano Vuelta.

entre el grupo de meta lo hizo más sencillo. Además, como he mencionado anteriormente, la viabilidad del proyecto se amplió al tener el apoyo económico, logístico y moral de una ONG holandesa y otra local. En parte, por esto se cumplían las condiciones necesarias para lograr un proyecto de éxito.

VISITAS A DOMICILIO Y REUNIONES

Al poco de llegar a Matagalpa conocí, por mediación del psiquiatra, a una madre con un hijo que padecía un trastorno psicótico. La combinación entre enfermera psiquiátrica y madre conocedora de la enfermedad funcionaba bien. Juntas visitábamos los hogares e invitábamos a los familiares a que intercambiaran sus experiencias. El reconocimiento y el alivio eran impresionantes. Resultó que existía una gran necesidad de información. Por esto se ampliaron las reuniones con talleres informativos. A los familiares se les facilitaba información sobre la enfermedad de su pariente y se les daba sugerencias de cómo tratarle. Gracias a esto, con el tiempo, no solo se alcanzaba un mejor ambiente en casa, sino que el familiar enfermo se encontraba también mejor. Finalmente se amplió el programa de reuniones a actividades recreativas y talleres ocupacionales en un ambiente festivo, donde también eran bienvenidos los propios pacientes. Durante estas reuniones los estigmas y prejuicios pasaban a un segundo plano; los familiares podían ver con sus propios ojos lo que alguien con un trastorno psicótico es todavía capaz de hacer; los pacientes participaban en los juegos, hacían dibujos, bailaban al ritmo de la música y hacían amistades. En poco tiempo fue posible en Matagalpa, con un mínimo de medios, hacer la vida más llevadera tanto a los familiares como a los pacientes.



Taller informativo. A través de un juego se aprende sobre psicosis.

EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Cuenta Conmigo ha evolucionado hasta convertirse en una organización. Desde enero de 2008 tiene una directiva y el número de personas que asisten a las actividades va en aumento. Respondiendo a las necesidades del grupo que tenemos como objetivo, el programa se va adaptando y ampliando lenta pero continuamente. Se va experimentando, por ejemplo, con reuniones para adolescentes (hermanos e hijos de los pacientes), pero también con reuniones solo para pacientes y para familiares y pacientes juntos. Cuenta Conmigo intenta además colaborar con otros profesionales con el objetivo de mejorar la atención marginal que se presta a las personas psicóticas y sus familiares. Por ejemplo, es muy importante el contacto con los dos psiquiatras⁴¹ de Matagalpa. El objetivo es crear un sistema en el que se puedan integrar el área clínica y el área psicosocial. Los colaboradores de Cuenta

⁴¹ Desde Julio del 2007 hay un segundo psiquiatra trabajando en Matagalpa.

Conmigo, apoyados por enfermeros de psiquiatría,⁴² pasan visitas a domicilio para llevar a cabo las tareas que los psiquiatras no tienen tiempo de realizar. Observan al paciente en su propio entorno, las bolsas llenas de medicinas de las que la familia no entiende el uso y ven cómo se trata al paciente en su hogar. Durante las visitas a domicilio se puede aplicar directamente la atención psicosocial, dar consejos y facilitar información, por lo que la posibilidad de estabilizar al paciente y sus familiares es mayor. Los psiquiatras remiten a su vez a los familiares a Cuenta Conmigo, pero también otros psicólogos y curanderos se ponen en contacto con la organización. Además del valor terapéutico, las visitas a domicilio desempeñan otra función. Los familiares consideran este interés personalizado como un 'honor' y les concede un estímulo muy necesario. Muchos de ellos están estigmatizados por el hecho de tener un familiar psicótico. Es incluso posible que nadie haya visitado su vivienda en años (ver 7.4). Mantener un contacto con estas familias rompe, hasta cierto punto, con el misterio que existe alrededor de sus casas. Aunque, lamentablemente, también ocurre lo contrario: las familias mantienen el misterio diciendo a voces que no pasa nada.

Las historias que Cuenta Conmigo puede narrar después de más de tres años de funcionamiento son incontables, suficientes para completar otro libro. Yo me limitaré a las historias de Iván, Erick, Marta, José y Roger. En la siguiente sección explico cómo se encuentran ahora, cinco años más tarde, y qué influencia ha tenido la organización Cuenta Conmigo en sus vidas.

8.2 Iván, Erick, Marta, José y Roger

IVÁN

Iván, el joven psicótico descrito en el capítulo 4, finalmente está tomando un antipsicótico. Existían demasiados conflictos en su familia como para poder hablar de un equilibrio. Además, Iván

⁴² Se trata de enfermeros de psiquiatría holandeses. En Nicaragua no existe esta especialización (ver también 2.3).

se obsesionó mucho con una vecina y empezó a perseguirla. Sus padres se vieron obligados a no perder a su hijo de vista ni un segundo, ya que tenían miedo de que le hiciera algo a la niña. Iván también decía a menudo que tenía intención de viajar a Costa Rica, cosa que asustaba a sus padres, ya que Iván estaba psicótico sin lugar a dudas. Con autorización del psiquiatra, se decidió ofrecer a Iván haloperidol y tryhexifenidilo.⁴³ Se le dijo que eran vitaminas, ya que de otra forma no querría tomárselas. Ahora su padre, Alejandro, le entrega las medicinas a su hijo y él le pide otras cuando se le terminan. Está satisfecho con las 'vitaminas'. Según sus familiares, Iván está más tranquilo y es más amable desde que toma haloperidol. También está trabajando, aunque sigue siendo algo asustadizo con las personas. Los padres de Iván asisten fielmente a las reuniones de Cuenta Conmigo. El término 'esquizofrenia' ya no es para Alejandro una palabra extraña (ver 4.3). Ahora puede explicar qué causa la enfermedad y cómo se puede controlar. En las reuniones creativas y recreativas casi siempre acuden también los primos y primas de Iván, y en ocasiones también él acude. La distracción alegre es importante para la familia, ya que los últimos años no han sido inmunes a nuevas tragedias. En enero de 2006 falleció el cuarto hijo de Alejandro y María a causa de infarto (tenía 32 años). Alejandro y María explicaron que estuvo vivo todavía dos horas, pero que la ambulancia no pudo llegar, ya que el personal estaba en huelga. Buscaron un vehículo en todo el barrio, pero, cuando finalmente llegaron al puesto de salud, era demasiado tarde. Las continuas situaciones traumáticas no dejan de afectar a la familia. En este momento se han introducido el alcohol y la depresión entre los más jóvenes de la familia, por lo que Iván ya no es 'el mayor problema' de Alejandro y María. Las visitas al domicilio de colaboradores de Cuenta Conmigo y las reuniones son ahora más importantes que nunca. Alejandro y María se sienten apoyados por su 'segunda familia' y por los consejos que le dan los psicólogos que colaboran de forma voluntaria con Cuenta Conmigo.

43 Respectivamente, un antipsicótico (ver 2.3) y un medicamento para los efectos secundarios.

ERICK

A Erick (descrito en el capítulo 5) lo encontré a mi vuelta en 2005 en una situación miserable. Hacía unos meses que no tomaba medicamentos porque, según contaron sus padres, acarreaban numerosos efectos secundarios. Los ojos de Erick conservaban el miedo en su mirada. Había adelgazado y a veces entraba en estado catatónico. Estaba, además, atado por el tobillo con una cuerda a la pared. Unos días antes de mi visita se había escapado de casa y lo había atropellado un coche. Sus padres no sabían de otra solución para proteger a su hijo. Como en esta ocasión visitaba a la familia en concepto de asistente, pude explicarles a los padres los síntomas de su enfermedad y la importancia de retomar la medicación (en cantidades adaptadas para evitar los efectos secundarios). Acompañé a la madre, Blanca, a la policlínica para una consulta con el psiquiatra. Hasta hoy, Erick recibe una inyección al mes que lo mantiene estable. Sus padres son más felices de lo que lo han sido en los últimos años, y Erick, gracias a que el período de estabilidad es más largo, se ha podido recuperar en gran parte de su afasia y apraxia.⁴⁴ Con Erick se puede ahora mantener una pequeña conversación, algo que hace dos años era imposible. Es un visitante fiel de las reuniones de Cuenta Conmigo y disfruta visiblemente de los cumplidos que recibe cuando durante una actividad recreativa participa en un juego. Los hermanos pequeños de Erick son visitantes fieles de los talleres para adolescentes, pero también el padre y la madre acuden regularmente a las reuniones.

MARTA

Tardé un tiempo en visitar nuevamente a Marta (capítulo 6). El encuentro se me hacía difícil porque sospechaba que poco podía ofrecer a Marta y su familia. La pobreza y los problemas sociales eran entonces tan abrumadores que no esperaba que la madre,

⁴⁴ Afasia (no poder encontrar las palabras apropiadas) y apraxia (no recordar las funciones de los objetos) son fenómenos que se pueden producir cuando existe una falta de oxígeno en el cerebro.

Juanita, tuviera el tiempo y la energía para asistir a las reuniones y a los talleres informativos sobre la psicosis. El encuentro sí fue caluroso, aunque mi predicción se cumplió: a Juanita le gustan las visitas de los voluntarios de Cuenta Conmigo, pero los quehaceres de casa, los niños, su hija enferma y su hijo y esposo alcohólicos requieren toda su atención. Un día, su esposo se quedó dormido con un cigarrillo y sufrió graves quemaduras. Sobrevivió al fuego, pero su vientre quedó mutilado y Juanita tuvo que endeudarse para pagar el viaje al hospital de Managua y los medicamentos para el tratamiento. A pesar del duro revés, Juanita ha conseguido ahorrar algo de dinero. En 2008 sus hijos empezaron a construir una casa de cemento, donde antes había una de madera y plástico. Consiguió el dinero engordando cerdos para venderlos, y lavando y planchando ropa en otras casas. Cuando todo parecía ir bien, Juanita tuvo a finales del año 2008 un grave contratiempo. Su hijo Ángel, que, al igual que Marta, padecía epilepsia (ver 6.3), cayó en un tanque de agua durante un ataque epiléptico y falleció. Ángel acababa de construir una casita con paredes de verdad para su novia Michele y su hija de dos años. Esto fue posible gracias a que durante años estuvo lavando coches y autobuses en una gasolinera. Ángel también se podía haber gastado el dinero en bebida, como su padre o su hermano mayor Pablo, pero no lo hizo. Quería progresar, salir de la pobreza, e iba en buen camino. Su madre está destrozada por la pérdida de su hijo, pero tanto ella como los demás saben que tienen que seguir adelante. Michele, la novia de Ángel, ahora cocina tortillas para conseguir dinero y poder cuidar de su hija pequeña. Y Juanita sigue sin dejar sola a Marta.

JOSÉ Y ROGER

Hilda, la madre de José y Roger (capítulo 7), reaccionó en primer momento de forma escéptica a la invitación para asistir a la reunión de los familiares. ¿Cómo podía algo así serle útil a ella? ¡Lo que necesitaba era dinero! Cuando se le explicó que en la reunión no era obligatorio hablar, que también podía escuchar, accedió. Hace ahora tres años de esto y Hilda ha cambiado; hay momentos

en que puede disfrutar y ser espontánea. Las visitas de los colaboradores de Cuenta Conmigo también han alegrado a José: hacía tantos años que nadie visitaba su casita. Ahora se convierte en un alegre anfitrión cuando alguien les visita, y si se organiza una reunión para familiares y pacientes, se pone su mejor camiseta. Por primera vez en seis años mantiene algo de vida fuera de su casa.

Quien seguía dando problemas era Roger. Además de ir sucio y medio desnudo vagando por la casa como un fantasma, algunas veces era agresivo con su madre. Como Hilda no comprendía por qué Roger nunca quería ponerse ropa limpia, le decía a menudo que era 'chancho' y maleducado, lo que únicamente hacía que aumentar su inquietud. No obstante, se encontró una solución para hacerle entender a Hilda por lo que su hijo Roger pasaba cada día. Colaboradores de Cuenta Conmigo le hicieron escuchar con ayuda de unos auriculares una grabación de 'voces'. Las voces hablaban todas a la misma vez y en ocasiones daban órdenes a la persona que las escucha. A Hilda le pareció que era para volverse loca. Con aprobación del psiquiatra, se le aconsejó mezclar una dosis baja de haloperidol y tryhexifenidylo en la bebida de Roger para de esta forma suavizar las experiencias psicóticas, pero Hilda tenía miedo de que Roger descubriera que le daba las medicinas. A Hilda se le dio a probar una bebida en la que ya se habían mezclado las pastillas. No sabía amargo y esto la tranquilizó. Aun así resultó difícil ayudar a Hilda, tan marcada por la vida que había experimentado, y a sus hijos. Los siguientes días, Hilda mezcló las medicinas en la bebida de Roger, pero seguía siendo reacia. Es probable que siguiera teniendo miedo de que Roger lo descubriera, pero también explicó que en el pasado Roger había tenido una 'reacción rara' después de haber tomado haloperidol (rigidez en las mandíbulas, lengua fuera de la boca). En repetidas ocasiones se le explicó que Roger, en aquella época, había estado sobremedicado y que el tryhexifenidylo reprimiría los posibles efectos secundarios que surgieran, pero no se la podía convencer. Las malas experiencias del pasado habían conformado su actitud con respecto a las medicinas. Tras intentarlo nuevamente con cautela y descubrir que no pasaba nada, Hilda recuperó la esperanza y decidió continuar con el tratamiento. Ahora, un año más tarde, se ve claramente un cambio en Roger. El 'fantasma' saluda ahora

a los colaboradores de Cuenta Conmigo y se sienta con ellos a la mesa a conversar; con postura relajada, responde a las preguntas que se le formulan. Ya no habla solo. Los vecinos también han percibido ese cambio en su comportamiento. Roger ya no molesta a la gente por la calle y la vecina de enfrente me comenta que ya no son Hilda o José quienes barren el suelo, sino Roger.

Roger toma ahora los medicamentos por su propia cuenta, pensando que son vitaminas para el cerebro, pero descifrar cuál es su percepción del presente, futuro y pasado después de treinta años viviendo en un mundo distorsionado constituye una incógnita. Se puede decir que es enternecedor ver a Hilda, ya mayor, disfrutar un poco de su verdadero hijo, pero naturalmente queda la pregunta de quién le administrará las pastillas si ella fallece. Ni Roger ni José han aprendido nunca a llevar sus enfermedades ni otros cuidados básicos por sí mismos. Hilda todavía reza a Dios para que se 'lleve' a sus hijos antes que a ella.

Pero Dios terminó por mostrarse implacable.

Hilda acaba de fallecer, tan solo un par de semanas antes de llevar este libro a la imprenta. José la encontró muerta en la cama una mañana temprano. El doctor dice que sufrió un infarto. Quiero creer que Hilda apenas tuvo tiempo para darse cuenta de lo que le sobrevenía.

Al velatorio acudieron miembros y familiares de Cuenta Conmigo. Allí lucharon sentimientos encontrados: los presentes quedaban contentos de que Hilda descansara por fin en paz, pero también preocupados por sus hijos. Los vecinos han organizado una colecta de dinero para reparar algunos de los desperfectos de la casa que ahora ocupan José y Roger. También han traído una cama para Roger. Una hermana de Hilda prepara de momento la comida a ambos hermanos. Es de sobra conocido que en Nicaragua la gente se presta ayuda mutua tras la muerte de alguien, si bien la experiencia nos dice que esta atención dura poco. La gente ya lo tiene difícil y no se puede comprometer a ofrecer ayuda de una manera continuada. Por ahora, los colaboradores de Cuenta Conmigo visitan a los hermanos con frecuencia y supervisan la toma de medicamentos. Nadie sabe realmente cómo hacer frente a la situación a largo plazo.

'CLINTON'

En este libro hay otra persona psicótica que pasó revista conmigo. Se llamaba a sí mismo 'Clinton' (por Bill Clinton) y estaba ingresado en el hospital psiquiátrico de Managua (ver 2.3). A mi vuelta a Matagalpa me lo encontré por la calle. A continuación, en el fragmento de mi diario de campo de 2005, consigno cómo fue el encuentro y qué pasó a continuación.

Hoy he dedicado gran parte de la mañana a buscar a un chico de unos veinticinco años que andaba por las calles de Matagalpa en calzoncillos. En una tienda capté su mirada psicótica y, por las bromas que hacía la gente a mi alrededor, me di cuenta de que nadie tenía la intención de llevarlo de vuelta con su familia. «Ese va con ella», bromeaba un chico con el que estaba conversando en ese momento, señalando a una amiga suya. «¡No hombre! Con ese loco yo no», respondió ella riendo. Decidí hablar con el chico psicótico, que había desaparecido rápidamente después de nuestro breve encuentro visual. La búsqueda que inicié a continuación parecía no tener éxito. Al principio, la gente me daba direcciones cuando preguntaba por el chico en calzoncillos, pero acabé por perderle la pista. Estaba parada pensando cuando se me acercaron dos hombres. A uno de ellos ya le había preguntado anteriormente por el chico. «Él lo conoce», me dijo señalando al hombre que lo acompañaba. Resultó ser un periodista que trabajaba en la televisión local y que sabía que el chico vivía «con su madre loca un poco a las afueras del centro de la ciudad». No me pareció muy simpático, básicamente por un rastro de prepotencia que destilaba a su paso y por llamar drogadicto al chico, pero resultó útil. Después del sermón que les di acerca de las enfermedades psiquiátricas que las personas pueden contraer sin poder evitarlo, se ofreció a prestar alguna atención a este tema en la televisión. Es decir, quién sabe, quizá dentro de unos tres meses, cuando el proyecto esté más avanzado. (Diario de campo, 11 de noviembre de 2005)

El chico, efectivamente, resultó que vivía con su madre, que era un poco 'especial'. El padre hacía años que se había ido y 'Clinton', psicótico desde hacía unos diez años, acababa regularmente en el hospital psiquiátrico de Managua después de involucrarse en alguna pelea o bien por tirar piedras contra los coches porque «se lo mandaba el diablo». Cada vez que 'Clinton' volvía de su ingreso en el hospital a Matagalpa faltaba a su medicación, por lo que acababa desequilibrándose y la familia de su madre debía llevarlo nuevamente a Managua. Parece ser que los vecinos del barrio escribieron una carta al Ayuntamiento exigiendo que madre e hijo abandonaran el barrio. La situación se volvía explosiva de vez en cuando. Ahora, cinco años más tarde, se respira

una mayor tranquilidad. Bajo indicación del psiquiatra, 'Clinton' no recibe medicación oral, sino una inyección mensual que lo mantiene bastante estable. Sigue siendo difícil convencerle de la importancia de las inyecciones, por lo que su futuro al respecto es algo incierto, aunque lleve batido de momento su récord personal de permanencia fuera del hospital psiquiátrico. Cuenta Conmigo intenta involucrar al máximo a otros familiares en las decisiones que se toman con relación a él, lo que ha ayudado a la madre. Ella ha aprendido mucho en las actividades de Cuenta Conmigo. Por ejemplo, la convicción de que 'Clinton' está poseído por demonios ha dejado poco a poco lugar al reconocimiento de que se trata de una enfermedad crónica que se puede controlar con medicinas.

8.3 Involucrar a la familia en el tratamiento de los pacientes psicóticos

INVESTIGACIÓN

Las personas involucradas en la puesta en marcha del proyecto no eran conscientes de que Cuenta Conmigo estaba desarrollando un método promovido por investigadores en otros lugares del mundo. Integrar la educación familiar y mantener contacto con compañeros de enfermedad en el tratamiento de una persona psicótica es, hasta ahora, una práctica poco común. Por lo común, los familiares deben buscar su propia información acerca de la psicosis y el contacto con compañeros de enfermedad se tiene dentro de asociaciones de familias, si es que las hay. Las investigaciones de los últimos años demuestran que involucrar a los familiares en el tratamiento de una persona psicótica es, en muchos aspectos, eficaz y atractivo: Pitschel-Walz *et alii* (2001) analizaron a este respecto 25 investigaciones, casi todas realizadas en los Estados Unidos, y descubrieron que las nuevas crisis (recaídas) se veían reducidas en un 20% si los familiares estaban involucrados. Dixon *et alii* (2001) concluyeron en su propia investigación, también elaborada en los Estados Unidos, que este porcentaje puede aumentar hasta un 50% después de dos años de

tratamiento. Según estos investigadores, dar atención a la familia aumenta la continuidad de la medicación y el bienestar, tanto del paciente como de la familia.

TRATAMIENTO DIRIGIDO A LA UNIDAD FAMILIAR EN LA PRÁCTICA

Hoy en día se vienen implementando paulatinamente en algunos países procedimientos de trabajo para el tratamiento dirigido a la unidad familiar. Por ejemplo, la organización donde trabajo en los Países Bajos investiga desde hace poco la posibilidad de empezar con el *Tratamiento de Grupos Multifamiliares*. Este es un programa de dos años de duración con reuniones semanales de grupo donde se facilita información sobre psicosis y esquizofrenia a los pacientes y familiares. Además, se hacen sugerencias a los familiares acerca de cómo tratar mejor a su familiar enfermo, y se les presta ayuda psicosocial (Dyck *et alii*, 2002: 749). Pero Dixon *et alii* escriben también: «el uso de la educación a la familia en la psicosis en la rutina clínica es alarmantemente limitada» (*ibid.*: 908). En su opinión, jugar con objetivos cortoplacistas por parte de gerentes y legisladores es una de las razones, ya que, como se ha mencionado, el efecto positivo sobre la psicosis de la educación se nota tras un período largo (*ibid.*: 906). Aun así, este nuevo enfoque resulta también interesante para los gerentes y legisladores. Además de los ya conocidos resultados positivos para el paciente y sus familiares, involucrar a estos en el tratamiento conlleva también un ahorro en los costes. Una investigación con cincuenta participantes en un *Tratamiento de Grupos Multifamiliares* en los Estados Unidos llegó a la conclusión de que los gastos hospitalarios disminuían en un 82% por paciente (*Symposium I*, 2008). También en otras investigaciones se concluye que involucrar a los familiares resulta finalmente más económico que el tratamiento estándar (Mino *et alii*, 2007). En un futuro probablemente oiremos más opiniones sobre el efecto de ahorro en los costes que acarrea el tratamiento dirigido a las familias.

TRATAMIENTO DIRIGIDO A LA UNIDAD FAMILIAR EN NICARAGUA

Pero ¿qué utilidad tiene esta información en Nicaragua? Al fin y al cabo, las circunstancias en este país no se pueden comparar con las de los Estados Unidos. Para empezar, en Nicaragua apenas existe una sanidad mental pública donde implantar estas ideas. Del ya bajo presupuesto para sanidad en Nicaragua, solamente un 1% es para la sanidad mental (ver 1.1), del cual el 91% se gasta exclusivamente en el hospital psiquiátrico de la capital (Informe de País Republica de Nicaragua, 2005). No existe atención psiquiátrica a domicilio, ni enfermeros de psiquiatría que puedan realizar este trabajo (ver 2.3). El tratamiento público psiquiátrico en Nicaragua consiste hasta ahora en poco más que entregar la receta para los medicamentos o ingresar temporalmente al paciente en el hospital (ver 3.3). A pesar de este contexto tan desalentador, creo que los legisladores de Nicaragua pueden beneficiarse de los resultados de las investigaciones arriba mencionadas. En el caso de que se creara una mayor atención psiquiátrica, se podría elegir hacerlo directamente con el tratamiento ya dirigido a la unidad familiar. Y especialmente en Nicaragua, donde la familia es la principal cuidadora del paciente psicótico, podemos hablar de una solución económica y eficaz. Una ventaja que tienen países como Nicaragua es que pueden saltarse unos cuantos pasos en el desarrollo de nuevos sistemas. Se podría comparar con la telefonía móvil. Sería una locura que Nicaragua invirtiera en el desarrollo de una infraestructura de cables de teléfono bajo tierra, ya que sería más apropiado hacer uso de la última tecnología, el teléfono móvil.

En principio, esto se puede aplicar al desarrollo de un sistema de sanidad mental. Si países con mucha experiencia en el tratamiento de la sanidad mental han llegado a la conclusión de que el tratamiento dirigido a la unidad familiar es el más eficaz, ¿por qué invertir dinero en tratamientos unilaterales interminables? En la práctica se demuestra que dar recetas y medicinas sin asistir a la familia implica malgastar el dinero. El paciente tiene constantes recaídas. Tomemos como ejemplo a 'Clinton' (8.2): con sus continuos ingresos en el hospital psiquiátrico, ha costado mucho dinero a su familia y a la sociedad, y sin un buen resultado. Si desde

un principio se le hubiera ofrecido a la familia información, guía y contacto con compañeros de dolencia, probablemente su vida y la de 'Clinton' hubiese sido diferente. ¿Y qué decir de la enorme cantidad de valiosos medicamentos sin usar que se guardan en las casas de las familias? Las familias los reciben en las policlínicas, pero no saben de qué se trata, qué hacer si su familiar psicótico no los toma o si surgen efectos secundarios.

Llega un momento en que las familias ya no soportan más una vida de continuas recaídas, 'poniendo parches' a los pacientes. Es por esta razón que muchas personas psicóticas crónicas terminan vagando por las calles de Matagalpa o encerradas en sus casas. Los familiares lo intentan todo, pero después de años de lucha se ven obligados a rendirse ante el extraño comportamiento de su familiar; es decir, que es «mejor dejarlos tranquilos». Las historias de Iván, Erick, Marta, José y Roger constituyen buenos ejemplos. La vida ya acarrea bastante gasto de energía a los familiares. Se ven desbordados por la pobreza y los problemas que esta conlleva, como la violencia, el alcoholismo y el fallecimiento prematuro de seres queridos, además de la carga de cuidar al familiar psicótico. En Nicaragua se desperdicia mucho dinero al no involucrar a los familiares en el tratamiento. Pero, por supuesto, es mucho más triste el sufrimiento innecesario que azota a las familias simplemente porque nadie les cuenta qué es lo que sucede con su ser querido.

BIBLIOGRAFÍA

- ACUÑA HERRERA, M. A. (2003). «Nicaragua con medicinas más baratas del istmo». *La Prensa*. Nicaragua. <http://www.laprensa.com.ni/cronologico/2004/marzo/03/nacionales/nacionales-20040303-11.html>. Consultado 2004.
- ANÓNIMO (1987). «Atrás quedó el pasado». *Envío (Revista mensual de análisis de Nicaragua y Centroamérica)*. Número 71. <http://www.envio.org.ni/articulo.php?id=521>. Consultado 2004.
- ANÓNIMO (1988). «Nicaragua: las raíces de la psiquiatría: Recuerdos del doctor Mario Flores Ortiz». *Barricada Internacional*, 24 november.
- BIEMANS, J. (2004). «Grisi Siknis blijft slachtoffers maken». http://www.ssnm.nl/masayainsite/archief/mas_f_a.htm. Consultado 2004.
- COHEN, A. (2001). «The effectiveness of mental health services in primary care: The view from the developing world». http://www.who.int/mental_health/media/en/50.pdf. Consultado 2004.
- DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. (1995). *World mental health. Problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press.
- DIJK, VAN, R.; BORRA, R. & ROHLOF, H. (2002). «Cultural formulation of diagnosis: Een uitdagende werkwijze». In: BORRA, R.; VAN DIJK, R. & ROHLOF, H. *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuur sensitief werken met de DSM-IV*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- DIXON, L.; MC FARLANE, W.R.; LEFLEY, H.; LUCKSTED, A.; COHEN, M.; FALLOON, I.; MUESER, K.; MIKLOWITZ, D.; SOLOMON, P.; SONDEHEIMER, D. (2001). «Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities». *Psychiatric Services* 52(7): 903–910.
- DYCK, D.G.; HENDRYX, M.S.; SHORT, R.A.; VOSS, W.D.; MCFARLANE, W.R. (2002). «Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational Multiple-Family Group Treatment». *Psychiatric Services* 53(6): 749–754.

- FINKLER, K. (1984). «The nonsharing of medical knowledge among spiritualist healers and their patients: A contribution to the study of intra-cultural diversity and practitioner-patient relationship». *Medical Anthropology* 8(3): 195–209.
- ELIAS, N. (1978) [1939]. *The civilizing process, vol I: The history of manners*. Oxford: Basil Blackwell.
- GOOD, B.J. (1996). «Culture and DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power». *Culture, Medicine and Psychiatry* 20(2): 127–132.
- GUARNACCIA, P.J.; PARRA, P.; DESCHAMPS, A.; MILSTEIN, G.; ARGILES, N. (1992). «Si dios quiere: Hispanic families' experiences of caring for a seriously mentally ill family member». *Culture, Medicine and Psychiatry* 16(2): 187–215.
- HAKEMULDER, R. (1985). *Subcultuur en stigma van de armoede*. Leiden: ICA Publicaties, Instituut voor Culturele Antropologie en Sociologie der Niet-Westerse Volken.
- HASHEMI, H. A. & COCHRANE, R. (1999). «Expressed emotion and schizophrenia: A review of studies across cultures». *International Review of Psychiatry* 11: 219–224.
- Informe de País Republica de Nicaragua basado en datos del IESM-OMS* (2005). http://www.minsa.gob.ni/bns/salud_mental/doc/INF.pdf. Consultado junio 2008
- JACK, W. (2003). «Contracting for health services: an evaluation of recent reforms in Nicaragua». *Health, Policy and Planning* 18(2): 195–204.
- JENKINS, J.H. (1988). «Ethnopsychiatric interpretations of schizophrenic illness: The problem of *nervios* within Mexican-American families». *Culture, Medicine and Psychiatry* 12(3): 301–329.
- JENKINS, J.H. (1991). «Anthropology, expressed emotion and schizophrenia». *Journal of the Society for Psychological Anthropology* 19(4): 387–431.
- LENIOR, M.E.; DINGEMANS, P.M.A.J.; LINSZEN, D.H.; DE HAAN, L.; SCHENE, A.H. (2001). «Sociaal functioneren en het beloop van recent ontsane schizofrenie». *Tijdschrift voor Psychiatrie* 43(4): 219–231.
- LEWIS-FERNÁNDEZ, R. (1996). «Cultural formulation of psychiatric diagnosis». *Culture, Medicine and Psychiatry* 12(3): 133–144.
- MAGLIANO, L.; FIORILLO, A.; DE ROSA, C.; MALANGONE, C. & MAJ, M. «Family burden in long-term diseases: a comparative study in

- schizophrenia vs. physical disorders». *Social Science & Medicine* 61(2): 313–322.
- MINISTERIO DE EXTERIORES NICARAGUA. http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=7963CF4A29CF487091E664732A709267X3X51279. Consultado 2005.
- MINISTERIO DE SALUD (1992). *Manual de Salud Mental*. Nicaragua.
- MINISTERIO DE SALUD (2004). Datos Dr. Fletes, conversación en el Ministerio de Salud, Managua, Nicaragua
- MINO, Y.; SHIMODERA, S.; INOUE, S.; FUJITA, H.; FUKUZAWA, K. (2007). «Medical cost analysis of family psychoeducation for schizophrenia». *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 61(1): 20–24.
- PÉREZ SOLÍS, R. (2003). «Trastornos mentales afectan a Nicaraguenses». *La Prensa*. Nicaragua. <http://www.laprensa.com.ni/cronologico/2003/octubre/11/nacionales/nacionales-20031011-06.html>. Consultado 2005.
- PÉREZ SOLIS, R. (2004-1). «Anuncio del Minsa incomoda a distribuidores de medicina». *La Prensa*. Nicaragua.c. <http://www.laprensa.com.ni/cronologico/2004/abril/01/nacionales/nacionales-20040401-02.html>. Consultado 2004.
- PÉREZ SOLIS, R. (2004-2). «Crecen penurias en hospital psiquiátrico». *La Prensa*. Nicaragua. <http://www.laprensa.com.ni/cronologico/2004/octubre/09/nacionales/nacionales-20041009-09.html>. Consultado 2004.
- PITSCHER-WALZ, G.; LEUCHT, S.; BAÜML, J.; KISSLING, W.; ENGEL, R.R. (2001). «The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis». *Schizophrenia Bulletin* 27(1): (73–92).
- POOL, R. (1994). *Dialogue and the interpretation of illness*. Conversations in a Cameroon village. Oxford: Berg.
- PUT, W. VAN DER (1990). «Het functioneren van de 'Lideres de salud', dorpsgezondheids-werkers in Oost-Nicaragua». Doctoraalscriptie Culturele Antropologie, Universiteit van Amsterdam.
- REELER, A. (1996). *Money and friendship. Modes of empowerment in Thai health care*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- SCHEPER-HUGHES, N. (1988). «The madness of hunger: Sickness, delirium, and human needs». *Culture, Medicine and Psychiatry* 12(4): 429–458.

- SCHEPER-HUGHES, N. (1992). «Hungry bodies, medicine, and the state: Towards a critical psychological anthropology». In: SCHWARTZ, T. *et alii* (eds). *New directions in psychological anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SYMPOSIUM (2008). *Family first*, 9 september, Endegeest, Oegstgeest, Nederland.
- TANKINK, M. (2000). «Zwijgen: Het omgaan met oorlogsherinneringen in Zuidwest-Oeganda». *Medische Antropologie* 12(2): 207–224.
- TARRIER, N.; BARROWCLOUGH, C.; PORCEDDU, K.; FITZPATRICK, E. (1994). «The Salford Family Intervention Project: Relapse rates of schizophrenia at five and eight years». *The British Journal of Psychiatry* 165: 829–832.
- TRIMBOS INSTITUUT (2005). <http://www.trimbos.nl/default1608.html>. Consultado 2005.
- TROTTER II, R.T. & CHAVIRA, J.A. (1981). *Curanderismo. Mexican American folk healing*. Athens: University of Georgia Press.
- VENTEVOGEL, P. (2000). «Ver-zwijgen en ver-werken: Niet-praten als symptoom of als copingstrategie». *Medische Antropologie* 12(2): 237–242.
- WEMOS (2005). «Pillen en prijzen». <http://www.wemos.nl/nl-NL/Content.aspx?type=Archief&id=1509>. Consultado 2005.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). «Mental health; New understanding, new hope: “Schizophrenia”». *The World Health Report 2001*. www.who.int/mental_health/en Consultado 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). «Legal status of traditional medicine and complementary/ alternative medicine: A worldwide review». http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_EDM_TRM_2001.2.pdf Consultado 2005.
- WOLTERS, R. (1993). «No fe, no cura. Een leeronderzoek naar de praktijk en de betekenis van injecties in Matagalpa, Nicaragua». Doctoraalscriptie Culturele Antropologie, Universiteit van Amsterdam.
- WHYTE, S.R.; GEEST, S. VAN DER & HARDON, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- XXII CONGRESO CENTROAMERICANO DE PSIQUIATRÍA ACAP (2008). «Psiquiatría: Ciencia y Humanismo», 12 a 15 de marzo, Hotel Camino Real, Managua, Nicaragua.

Este libro está basado en un estudio antropológico y una labor de asistencia social en la ciudad nicaraguense de Matagalpa. Durante cinco años la autora visitó regularmente a familias en las que uno o más familiares han desarrollado un trastorno psicótico en la pubertad. Aquí se narran las conmovedoras historias de cuatro de estas familias. Tratan de pobreza, violencia y la búsqueda en vano de una cura. El título *Mejor dejarlo tranquilo* hace referencia a una estrategia de supervivencia que los familiares, después de años de lucha, se han visto obligados a adoptar para poder pasar los días de la forma más llevadera posible. Además de los familiares, también hablan los asistentes de salud y otras personas del entorno. Así el lector se puede hacer una idea de la ayuda de que disponen los pacientes psicóticos y lo que la sociedad piensa de ellos. Finalmente describe la autora como, junto con las familias, se llega a constituir una organización para hacer frente a la psicosis y a los problemas que esta conlleva. La publicación de este libro tiene como objetivo dar a estudiantes, profesionales y legisladores una visión de la problemática que hay en Nicaragua relacionada con la psicosis. El libro es, además, un alegato a favor de la atención psiquiátrica en el hogar y el involucrar a los familiares en el tratamiento de los pacientes psicóticos.