

EL DISCURSO ORAL Y LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

Luisa López de Pedrique
Dpto. de Ciencias de la Conducta
Facultad de Medicina
Universidad de Los Andes

El trabajo que presentamos es una primera aproximación al estudio de los discursos que entran en juego en la relación médico paciente. En investigaciones anteriores hechas por pensadores venezolanos se ha puesto en evidencia una serie de aspectos de la realidad socio-cultural de nuestro país. Venezuela por razones históricas presenta una gran heterogeneidad cultural (*Briceño Guerrero, 1980*). En Antropología hablamos de un sistema macro-cultural con instituciones, valores y patrones de conducta que todos compartimos. Dentro de este gran sistema se encuentran subsistemas que están dispersos por toda la geografía del país, estos se caracterizan de acuerdo a los grupos étnicos que entraron en contacto desde los tiempos de la Colonia. Es así como tenemos zonas donde el elemento africano predominó por encima del indio o el español. En estas comunidades el subsistema cultural presentó un predominio de características africanas que al mezclarse con los otros dos grupos dio una conformación particular a esa comunidad. De la misma manera, el subsistema andino se caracterizó por el predominio del elemento indio y español.

Uno de los aspectos culturales que refleja con más nitidez las creencias, actitudes y costumbres de un pueblo es el de la salud. En Venezuela existen diversos subsistemas de salud de acuerdo a la mayor o menor

influencia de valores y patrones de conducta tradicionales, son los llamados sistemas socio-médicos o socio-mágicos de salud (*Clarac de Briceño, 1991*). Junto a estos convive el sistema bio-médico, que desde la década de los cuarenta es el sistema médico oficial de Venezuela. Ambos discursos coexisten de manera paralela en el diario acontecer del venezolano y nos resulta interesante destacar que en vez de ir desapareciendo, los sistemas socio-médicos se han ido transformando y adaptando a las exigencias de la sociedad urbana.

Todo esto nos ha estimulado a emprender una investigación sobre los discursos que intervienen en la relación médico-paciente y para este trabajo hemos elegido la relación psiquiátrica puesto que es a nuestro parecer donde la palabra o más bien el discurso oral juega un papel predominante en la terapia

EL DISCURSO ORAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE PSIQUIÁTRICA

Nuestra investigación intenta ser una primera aproximación al problema de los dos discursos en la relación médico-paciente psiquiátrica. Dentro del planteamiento de los diversos sistemas socio-médicos que se presentan en Venezuela, nos hemos dado cuenta de que las ideas y creencias que tiene la población venezolana en torno a la enfermedad mental son además de muy diversas, muy poco apegadas a los patrones de la medicina académica (sistema bio-médico). La enfermedad mental despierta entre las gentes las más variadas interpretaciones, casi siempre de orden mágico-religiosos, es uno de los padecimientos que desde la

antigüedad ha desconcertado e inquietado más al hombre.

Tanto el discurso del médico científico como el del paciente obedecen a su vez a dos conceptos muy distintos que ambos manejan sobre la enfermedad. Mientras el primero define actualmente la enfermedad como un estado de desarmonía corporal que tiene su raíz en una afección de orden biológico o psíquico, el paciente generalmente amplía esta concepción introduciendo los males de tipo afectivo, económico y en general todo lo que perjudica al hombre (*Clarac de Briceño, 1991*). Ambos conceptos tienen muy diferentes visiones sobre las causas u orígenes de la enfermedad, describen sus síntomas de manera diferente y como consecuencia las terapias son distintas. De allí nuestro interés en estudiar ambas visiones, la del médico científico y la del paciente.

Los planteamientos que hemos hecho sobre la coexistencia de dos tipos de sistemas médicos en Venezuela nos ha llevado a la hipótesis de la existencia de un doble discurso en la relación médico-paciente. Siguiendo algunos lineamientos de *Clarac de Briceño*, pensamos que la población venezolana "...conserva la antigua y tradicional representación socio-mágica de la enfermedad..." (1991 :106) y por esta razón no sólo tiene un discurso distinto al médico académico sobre ésta, sino que además por ello, "...esta población busca un tratamiento que sea:

1. Prioritariamente mágico, a fin de atacar la causa socio-mágica del infortunio (enfermedad u otro mal).
2. físico(para aliviar los síntomas)" (1991 : 106).

De esta manera, se llegaría a una doble actitud por parte

del paciente: por un lado buscaría al médico curandero (representante del sistema socio-médico) para que le ataque la causa "real" de su mal (generalmente de naturaleza mágica) y por otro lado buscar al médico académico o "doctor" para que le alivie los dolores y molestias.

El paciente tendría pues, un determinado grupo de representaciones simbólicas sobre la enfermedad (*Clarac de Briceño, 1992*) que se reflejan en unas actitudes o conductas particulares a la hora de enfermarse. El médico académico, a su vez, utiliza un discurso científico de la enfermedad, perteneciente a un ámbito cultural que no es dominado por el paciente en absoluto o, en el mejor de los casos, es parcialmente conocido por él. A su vez, el doctor no domina el discurso del paciente, sobretodo si no viene del mismo entorno socio-cultural, y cuando lo conoce parcialmente no se interesa por él al considerarlo sin fundamentos científicos en la explicación del cuadro patológico del paciente, y por lo tanto inútil.

METODOLOGÍA

Para la presente investigación hemos utilizado una población que consta de quince pacientes, dos de consulta privada y trece pacientes de la estación psiquiátrica del HULA. Visitamos durante tres meses a estos pacientes, pudiendo conversar con ellos varias veces. Nuestra meta era averiguar la concepción que tienen los propios enfermos en torno a su padecimiento. Para ello dirigimos nuestras entrevistas en torno a varios aspectos, como son :

a) Las posibles causas u orígenes de su enfermedad :

- ¿cómo sienten e interpretan los pacientes sus síntomas?,
- b) las posibles terapias alternativas a las que han recurrido o recurren,
 - c) sus opiniones con respecto a la terapia del médico psiquiatra,
 - d) sus opiniones con respecto al centro donde están siendo atendidos.

La investigación en su primera fase es de tipo cualitativo, hemos preferido hacerlo así pues nos interesa analizar los fenómenos como tal y no cuantificar la frecuencia o no con que aparecen. Esto lo dejamos para una segunda fase de la investigación.

RESULTADOS ETNOLÓGICOS

Los resultados etnológicos de nuestra investigación los hemos ordenado bajo los ítems siguientes : a) causas de la locura, b) interpretación de los pacientes de sus síntomas c) terapias alternativas que han utilizado y d) opiniones sobre los médicos y los centros de atención psiquiátrica donde están o han estado reclusos

a) Causas de la locura :

Las causas atribuidas a la locura varían dependiendo de la mayor o menor identificación de los pacientes con los sistemas socio-médicos o bio-médicos de salud. Nuestros pacientes informantes tienen todos un componente de culturas tradicionales, aún los que viven en medios más urbanos.

La envidia es una de las causas más frecuentes citadas por los enfermos mentales. Ésta proviene de personas que conocen al paciente y le envidian o su

buena posición, la mujer o el hombre que tienen de pareja, o cualquier otra cosa considerada de prestigio en la comunidad. La envidia lleva a que busquen un brujo para "montarle un trabajo", o que bajo engaño le den de beber a la víctima una poción mágica para volverla loca, o cualquier otro procedimiento mágico que produzca daño.

El paciente A.B., de 37 años, natural de Santa Bárbara del Zulia nos narró que sus padecimientos se debían a que, en dos distintas oportunidades, dos mujeres le habían "montado un trabajo" por envidia. Este paciente tiene fuertes manías y está clínicamente diagnosticado como "psicosis maníaco-depresiva".

Las primeras crisis que tuvo ameritaron que su madre se lo llevara a un brujo y allí "le hicieron entrar" toda clase de espíritus... "hasta el de Jesucristo". Se sintió muy aliviado por mucho tiempo, pues lo proveyeron de amuletos como "contras". Al tiempo se volvió a sentir mal, muy atormentado por delirios y alucinaciones auditivas; y nuevamente nos dijo que esto era producto de las envidias, ... "por las cosas que uno tiene..."

La paciente A.L., natural de Escagüey, de 43 años, nos dice que sus males se deben a la envidia que le tiene la gente por lo "simpática" que ella es, por la "popularidad" que tiene entre la comunidad. Esta dama, clínicamente diagnosticada como esquizofrénica, refirió que la envidia no sólo se manifestaba hacia ella, sino también hacia algunos miembros de su familia lo que repercutía naturalmente sobre ella.

Queremos hacer notar que ninguno de los pacientes entrevistados por nosotros utilizó el vocablo

"loco", ni en el sentido que le da a la enfermedad mental la medicina occidental, ni dentro de los marcos tradicionales de la locura, como se entiende en los Andes (ver *Clarac*, 1992, Parte IV: Acercamiento etnopsiquiátrico).

b) Espacios Embrujados: constituyen también causas de locura. Una casa embrujada o un cuarto embrujado donde aparezcan seres perturbadores, o donde se oigan ruidos angustiantes, objetos que se le tiran a la persona o sueños terribles con monstruos y figuras aterrantes. Una de nuestras pacientes atribuyó la aparición del "zángano" a que vivía sola en una casa embrujada y a su condición de mujer virgen, sin hijos. Si bien su historia clínica reveló que ya había tenido relaciones de pareja, la imagen que ella tiene de sí misma es que se mantiene virgen. El hecho de ser la menor de su familia, la que se quedó con sus padres, la que nunca se casó (en el sentido de firmar un papel o recibir un rito religioso) y el no tener hijos, lo cual significa en las comunidades andinas no ser mujer completa, (*Clarac de Briceño*, 1981, Parte I, Cap. 6), ha producido un cuadro de psicosis afectiva orgánica que la lleva a revivir un mito andino, el del "zángano". Este hombre brujo de alta estatura y oscuro se le aparece a la paciente en su casa y sobre todo en su cuarto, la molesta se le "echa encima" cuando está dormida, le pega y la maltrata en general (ver *Rojas*, 1990 y *Clarac et al* 1993).

c) Las Malas Conductas: o acciones pueden llevar a estados de locura por castigo. Tal es el caso de un joven merideño de 17 años, con síntomas de esquizofrenia que nos narró que el demonio se le había metido en la cabeza debido a que se había portado mal, ingiriendo drogas y masturbándose.

d) **Estados de Ánimo muy Extremos** : son otras de las causas que atribuyeron algunos de nuestros informantes a su enfermedad. Un paciente de 55 años nos refirió que sus crisis venían porque él no podía estar sometido ni a tristezas, ni a rabias o alegrías muy fuertes porque "me va alterando la cabeza" y "me da una ira muy grande que me provoca hasta matar".

e) **El Agotamiento** : debido a diversa índole es también culpable de las locuras. Una de nuestras pacientes expresó que su ardua labor como sacerdotisa del culto de María Lionza la hizo caer enferma y ser poseída por "malos espíritus" pues ella estaba tan cansada que no pudo controlar la entrada de estos en ella. Otra nos refirió que el agotamiento vino por los malos tratos que le daba su marido.

f) **Posesión por algún ente** es otra de las causas atribuidas a la locura y en este caso sin relación con la envidia. La posesión produce conductas inapropiadas como accesos de ira, agresión física, estados de llanto, y esto hace que la persona atacada esté imposibilitada de establecer relaciones sociales normales. La misma sacerdotisa de María Lionza nos habló de los malos espíritus que la poseían a toda hora y no la dejaban vivir hasta que terminaron por enfermarla. "Yo me enfermé por agotamiento y porque los seres de la Corte Negra, con los que yo no trabajo, me poseyeron y no puedo controlarlos,... pero yo no estoy loca", nos dijo.

g) **Las Drogas y los Narcotraficantes** : fue otra causa referida por un paciente bastante urbanizado. En sus delirios y alucinaciones el paciente dice haber estado en contacto con elementos del narcotráfico y haber consumido drogas también, esto trajo como consecuencia que

"presenciara" muchos crímenes y lo estuvieran persiguiendo las bandas y mafias por eso. El diagnóstico de este paciente es de "esquizofrenia paranoide".

h) **Anemia:** Este padecimiento fue referido por una paciente joven como causa de sus crisis. Dicho criterio fue compartido por su madre y ambas rechazaron la ayuda psiquiátrica.

Otros tres de nuestros pacientes negaron rotundamente estar siquiera enfermos; dijeron que se encontraban en el hospital, o bien porque sus familiares no los querían, o bien para hacerse un chequeo médico debido a una "palidez" que presentaban, o bien en calidad de "enviados" para curar a los que allí se encontraban. El tercer paciente que ha negado estar enfermo afirma que lo de él es un "cambio de consciencia" porque quiere ser perfecto y que son sus padres los que están mal.

INTERPRETACIÓN DE LOS PACIENTES ACERCA DE SUS SÍNTOMAS.

Los pacientes entrevistados por nosotros presentan una vivencia muy intensa de sus síntomas y muy real, siendo esto último de mucha importancia, pues esta realidad está dada por las explicaciones culturales que ellos se hacen sobre su mal. Los delirios y alucinaciones están enmarcados en un contexto cultural mítico y mágico. Las figuras que ven tienen nombres: "zángano", demonio, el negro Felipe, etc. Todos estos entes tienen una historia conocida y compartida por ellos y por la comunidad donde se desenvuelven a diario. Son seres malignos que los perturban para vengarse de ellos, para molestarlos, para pedirles cosas. Una paciente nos decía

que el "zángano" (entidad mítica mágica de Los Andes), la molestaba apareciéndosele a toda hora y atacándola de noche (ver para el zángano *Rojas, 1990, Clarac, 1993*).

En cuanto a sus síntomas fisiológicos, tales como dolores de cabeza, ellos los sienten como "pesadeces" producidas por los entes que se introducen en ellos. Los médicos psiquiatras, en un loable intento para que entiendan de qué trata su enfermedad, les dan de la mejor manera posible una explicación "científica" de su mal. Esto es aceptado por los pacientes pero no comprendido en su totalidad. Creemos que la explicación cultural mágica está aún muy arraigada en su representación simbólica del mal, y por otro lado que carecen de una formación educativa que les permita entender el discurso del psiquiatra.

LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS.

La mayoría de los pacientes entrevistados siguen dos terapias simultáneas, por una parte la científica que les proporciona el psiquiatra y el centro donde están siendo atendidos. Una vez controlados y restituidos a un estado satisfactorio se les da de alta, y en este momento suceden varias cosas: si sus síntomas han desaparecido dejan de tomar las medicinas y buscan a un curandero para que los ensalme o conjure contra su mal, pues recordemos que la causa última es de orden mágico.

Otra actitud es hacer las dos terapias a la vez, pues la medicina "alivia el dolor" y el curandero reconforta con su ritual, dándoles mucha seguridad y curándoles la "causa real" de la enfermedad.

El reconfortamiento es muy importante, pues el curandero es portador de un "discurso", una explicación de sus delirios, alucinaciones, angustias y ansiedades que no están presentes en el discurso científico.

Uno de nuestros pacientes que tiene 25 años padeciendo una esquizofrenia nos decía que él siempre cargaba su medicamento caso de encontrarse en una situación difícil, pero que esas medicinas no le habían hecho casi nada ya que seguía enfermo después de tantos años. Mientras que la visita a su curandero la hacía regularmente pues las "curas" de éste, si bien no lo sanaban, lo aliviaban mucho y le hacían un gran bien.

LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS Y LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA.

Por lo que hemos podido recabar los pacientes están satisfechos sin embargo con el trato general que les dan en el hospital. Los equipos médicos y paramédicos son hoy en día mucho mejor preparados para tratar pacientes de este tipo. Pero, los que asisten regularmente a un curandero lo prefieren porque se sienten más comprendidos por este tipo de terapeuta. Es como si "hablaran" el mismo lenguaje y de allí la mejor compenetración en la relación médico-paciente.

Nuestros pacientes reflejan entonces en su discurso oral los valores y patrones culturales que poseen. Existen conductas universales que se repiten en todas las culturas. Según Devereux la patología mental se da en todo tipo de culturas ya sean éstas tradicionales o más urbanizadas; lo que hace el paciente es echar mano de lo que su cultura le ofrece para expresar su enfermedad (Devereux, 1971).

Nuestros pacientes vienen casi todos de un medio semi-rural ; a veces más urbanizado, otras veces con más elementos de cultura tradicional. Tienen un discurso que encaja en los cánones de las culturas tradicionales andinas y por tanto dentro de sistemas socio-médicos de salud. No hay compatibilidad con el discurso científico de la patología mental. Para los complementaristas hay que diferenciar entre "desadaptación social" y enfermedad mental (*Laplantine, 1979*). Ambas existen en todas las culturas. Nuestros informantes presentan claramente enfermedades mentales precisas, tal como lo demuestran los resultados psiquiátricos. El método para explicarnos los comportamientos culturales de la patología mental es el psicoanálisis. Éste permite, a través del desciframiento de los símbolos culturales dar explicaciones a las conductas, siempre y cuando se entiendan los comportamientos dentro del contexto cultural (trabajo etnológico), y se interpreten estos comportamientos desde el punto de vista psicoanalítico (*Laplantine, 1979*).

Observamos en varios casos aspectos de desarraigo cultural con posible pérdida de identidad. Los complementaristas franceses han hecho estudios de los inmigrantes árabes y africanos en Francia y han llamado la atención sobre la falta de adaptación o los intentos de adaptación entre estas minorías (*Clement, Ifrah, 1975*).

Al no poder lograr una adecuada adaptación al nuevo medio (francés urbano) presentan al cabo de un tiempo diversas patologías mentales. Ahora bien, un grupo de nuestros pacientes ha sufrido un cambio de residencia siendo el nuevo medio que los acogió muy distinto al original ; generalmente han cambiado de un medio rural a uno urbano marginal. Al poco tiempo de estar en su nuevo medio presentan sus primeras crisis.

Otro aspecto interesante que queremos referir es con algunos pacientes de este mismo grupo que profesando la religión católica se convierten a una iglesia evangélica. La religión católica en su versión tradicional, es decir con un alto contenido de elementos mágicos, es la que profesan la mayoría de nuestros pacientes (*Pollak, 1980*). Pero en los últimos tiempos varias iglesias evangélicas y la cristiana, de renovación carismática, han penetrado las capas sociales de menos recursos o de recursos medios de nuestro país. Los pacientes que han buscado estas religiones presentaron en la mayoría su primer brote psicótico un poco antes o después de convertirse a la religión evangélica o a la carismática. A su vez han expresado una satisfacción con su nueva religión, es como haber encontrado un discurso acorde con sus necesidades anímicas.

Todos los aspectos aquí tratados están en una primera fase de análisis; profundizar las interpretaciones analíticas de estos datos es una segunda fase que ya estamos comenzando a realizar.

BIBLIOGRAFÍA

BRICEÑO GUERRERO, José Manuel:

1995 El Laberinto de los Minotauros, Monte Ávila Editores, Caracas.

CLARAC de BRICEÑO, Jacqueline:

1981 Dioses en Exilio (Representaciones y prácticas simbólicas en la Cordillera de Mérida), Fundacite, Caracas.

1992 La Enfermedad como lenguaje en Venezuela, Talleres Gráficos Universitarios, ULA. Mérida.

1993 Mujer y Magia, en Diosas, musas y mujeres, Varios Autores, Monte Ávila, Caracas.

DEVEREUX, Georges:

- 1973 Ensayos de Etnopsiquiatría General.
 Barral Editores, Barcelona.
- 1972 Ethnopsychanalyse Complémentariste.
 Flamarion, Editeur, Paris.

LAPLANTINE, François:

- 1973 La Etnopsiquiatría. Gedisa Editorial, Barcelona.

ROJAS, Belkis :

- 1990 El zángano, una noción de persecución entre los
 campesinos de la Cordillera de Mérida, en BOLETÍN
 ANTROPOLÓGICO N° 19, Mérida, Universidad de
 Los Andes.

RESUMEN

El presente trabajo es una primera aproximación a los discursos orales que intervienen en la relación médico-paciente psiquiátrica. Se ha presentado como ítems de análisis las causas que los pacientes atribuyen a su enfermedad, las terapias alternativas que han utilizado, la interpretación que ellos mismos hacen de sus síntomas, y sus opiniones con respecto a sus médicos tratantes y los centros de atención médica donde están siendo tratados. Al final se plantean algunas interpretaciones sobre la base de los datos presentados.

Palabras claves: Enfermedad psiquiátrica, discursos, interpretación.

ABSTRACT

This study is a preliminary approach to the oral discourses of the doctor/psychiatric patient relationship. Chosen items for analysis are: these causes to which patient attribute their illness, alternative therapies they have used, the interpretation they themselves make of their symptoms, and their opinions of the doctors treating them and the clinics and centers where they are being treated. In conclusion some interpretations of the data are presented.

Key- words: Psychiatric Illness, discourses, interpretations.