

# Los significados sociales del proceso interactivo médico-paciente

*Dilia Flores*

*Departamento de Ciencias Humanas. Facultad Experimental de Ciencias.  
Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela*

## Resumen

La enfermedad no es sólo un conjunto de síntomas, sino un fenómeno que va más allá del cuerpo individual y de una etiología específica que se inscribe dentro de lo social. En esta investigación, que aún está en proceso, la autora se ha propuesto abordar las interpretaciones colectivas de la enfermedad. Es decir, conocer la interpretación de un conjunto de fenómenos corporales y vitales en un discurso colectivo, social que tiene su propia lógica. Entre esos aspectos se encuentra el proceso interactivo médico-paciente y el discurso producido en el mismo en diferentes contextos donde la enfermedad es considerada como una conducta "desviada", pero se halla estructurada por categorías culturales que legitiman o normalizan la desviación.

**Palabras claves:** Enfermedad, Relación médico-paciente,  
Salud, Modelo bio-médico

## Social meanings of the doctor-patient interactive process

### Abstract

Sickness is not solely a set of symptoms, but rather a phenomenon that goes beyond the individual body and a specific etiology that arises from a given social context. In this research work, still in process, the

author proposes to treat the collective interpretations of sickness, to determine the interpretation of a set of vital corporal phenomena from the standpoint of a collective, social discourse which has its own logic. Among these aspects is found the doctor/patient interactive relationship with its resulting discourse in different contexts, where sickness is considered to be "deviated" conduct, but is contained within culturally determined categories that legitimize or normalize the deviation.

**Key words:** sickness, doctor/patient relationship,  
health, bio-medical model

### Introducción.

Este artículo presenta un avance de una investigación, aún en proceso, que se orienta hacia el estudio de los significados sociales de la enfermedad. Esta última, aunque la ciencia médica la ha ubicado en el orden de lo orgánico, también está vinculada con el contexto sociocultural por ser aquí donde se elaboran los significados de la misma. Según Nelly García (1988:19), éste elabora la definición "a) del individuo: sus componentes, sus accidentes, su destino; b) de la sociedad: las causas de la enfermedad, los valores, la estructuración social, la familia, las alianzas, etc., c) de los síntomas y las circunstancias de la enfermedad y d) de la organización institucional y del funcionamiento ritual dispuesto para la curación, alivio y/o prevención". En este sentido, la enfermedad no sólo es un conjunto de síntomas sino un fenómeno que va más allá del cuerpo individual y de una etiología específica que se inscribe dentro de lo social, debido a que el diagnóstico y el tratamiento son actos sociales atribuidos a los individuos dotados con el poder de "curar". Razón por la cual, la enfermedad, como dice Jacqueline Clarac (1990:14), "no puede ser solamente un objeto de estudio para la medicina, es y debe ser un objeto fundamental de estudio... para todo científico social".

Tomando en cuenta lo dicho anteriormente, la enfermedad se refiere, desde el punto de vista biológico, a las manifestaciones que pueden ser apreciadas, bien como síntomas (sensaciones subjetivas) o como signos (hallazgos objetivos descubiertos por un "mirador" experto). Por otra parte, la enfermedad posee un componente sociocultural irreductible que incluye las respuestas subjetivas del paciente y el diagnóstico ofrecido por el "médico". Todo esto nos ha llevado a prestar atención al proceso interactivo dentro de un contexto específico donde

la presencia de los actores -"médico-paciente"- dentro del ritual de la consulta, constituye una relación indispensable a la que hay que estudiar como un conjunto coherente, donde se tomará en cuenta no sólo el tema o tópico objeto de la consulta, sino también el contexto sociocultural y el estado físico y psíquico del paciente.

Dentro de la relación médico-paciente, es el contexto sociocultural el que fija los criterios sobre la enfermedad a través de la experiencia y de la formación de la personalidad, como también de la existencia de una cultura y de sus orientaciones. El contexto en que ambos actores -médico-enfermo- y las personas en general perciben la enfermedad, determina el conjunto de actitudes y de interpretaciones de la salud y de la enfermedad dentro de los límites de un marco de referencia. En esta investigación, hasta donde hemos llegado, se ha podido observar cómo interactúan médico-paciente en la medicina-científica y en la medicina-tradicional. En ambos contextos se ha observado que en esta interacción, la enfermedad es considerada como una conducta "desviada", pero se halla estructurada por las categorías culturales que legitiman o normalizan la desviación. Para Parsons (1984), el enfermo es un "desviado" del sistema y el "médico" es el elemento esencial de su control social.

**La interacción médico-paciente:** En el ritual de la consulta, además de lo planteado en la introducción, es necesario considerar también el contexto situacional real de los actores, sus expectativas en la integración comunicativa, el discurso médico-paciente, como elementos significantes que hacen posible atribuir significados tanto por el médico como por el paciente, a la situación confrontada y vivida por este último quien desea alcanzar un estado de salud. Es decir, la reorganización en un sentido favorable. Decir salud, equivale a hacer un buen uso de los recursos que posee el individuo; recursos que varían con las circunstancias, el tiempo y la persona. En este sentido, la enfermedad sería una circunstancia que disminuye los recursos vitales, y no basta con utilizar bien los que quedan para dejar de estar enfermo. La salud es una noción límite que define la máxima capacidad biosíquicosocial que posee un individuo. Cuando la salud ha sido invadida por un agente extraño, se hace necesario descubrir al invasor sobre el cual recaerá la culpa y es aquí donde se busca la participación del otro ya sea del médico-científico o del médico-tradicional o popular (curandero) o de ambos a la vez. A partir de este encuentro es cuando se produce el discurso en el cual hemos encontrado que hay, en ambos contextos, constantes que no pueden

dejarse pasar por alto y que en esta investigación trataremos de abordar, en su debida oportunidad, atendiendo a las diferencias. Por los momentos lo que se hará es una aproximación al contexto, objeto de estudio, sobre el rito de la consulta con la presencia de los actores: curador-paciente.

Usamos el término "curador" porque en él podría incluirse al médico, curandero, espiritista, adivino, terapeuta, psiquiatra, sacerdote, hierbatero. El término "curador" es más general y permitirá abarcar a todos aquellos interesados en la "salud" del otro y que cumple un papel similar a los ya mencionados.

En esta situación curador-paciente, lo que interesa, por ahora, es cómo se da en ellos el proceso interactivo. A nuestro modo de ver, la consulta "médica" aporta un sentido de orientación personal que reduce los efectos de las tensiones del cliente. Desde este punto de vista, podría señalarse que en la consulta médica, se encuentra una estructura ritual que es la misma en todas partes, llámese rito: de paso, de curación, de adivinación, de posesión, de confesión. Todos ellos han sido instituidos para ayudar al otro a cambiar y hasta asumir diferentes situaciones. Para Lapassade (1980:247), "el rito permite dominar el cambio... imprevisible y controlarlo. El rito es una práctica social, una adecuación sistematizada de símbolos y prácticas. En el rito de la consulta, lo social estaría dado por el contexto situacional real: institución, el médico, curandero, enfermedad, medicamentos, instrumentos, etc., por estar relacionados con el papel de la eficacia que mantienen con el grupo social donde funcionan y que su magia no se percibe sino que se cree en ella.

Para Marcel Mauss (1971:51), la magia está dada por ser eficaz. En este sentido, cabe señalar también, la eficacia en el poder de la palabra del "curador" y en sus aciertos. Pero es la palabra del curador la que pone un orden en el desorden confrontado por el paciente. Desorden que se debe a un no-saber que escapa de la cotidianidad y que se transforma, por consiguiente, en tensión, angustia, represión, entre otros. Razón que nos induce a pensar que el hecho de comunicar ese no-saber al curador para que sea indagado, le permite liberar, en parte, sus tensiones las cuales se hallan conectadas con su esfera social, económica, política, ecológica, religiosa, familiar. Aquí, el curador juega un papel muy importante en la vida del otro porque constituye un elemento esencial de "ayuda" y de orientación en los procedimientos que prescribirá al paciente al tratarlo.

Así, desde el punto de vista del curador, encontramos que hay constantes que son idénticas tanto en el médico-científico como en el curandero. Constantes que dentro del rito de la consulta tienen sus diferencias atendiendo al contexto sociocultural.

De acuerdo a todo lo que se ha dicho hasta ahora y atendiendo a lo concerniente al proceso interactivo de los actores curador/paciente, se ha podido constatar que **palabra y comportamiento**, dentro de este contexto ritual, son inseparables y mucho más cuando en la interacción de los actores, comparten un mismo conjunto de conocimientos que permiten, a partir de sus diferencias, detectar aquellos aspectos que dan lugar a las "quejas" del paciente, lo que proporcionará al curador, la evidencia subjetiva acerca de la condición del primero. Esto se conoce con el nombre de **síntoma**. Visto así, el **síntoma**, se convierte en un lenguaje que permite al "curador", en el diagnóstico, organizar los signos para reconocer en ellos cuál es el tipo de problema presentado por el paciente y prescribir el tratamiento a seguir.

De tal manera que la estructura del ritual de la consulta en los contextos donde se ha venido haciendo trabajo de campo, en las investigaciones que han precedido a ésta, hemos encontrado que es la misma tanto en la posesión (reconocimiento del adepto por la deidad) como en la adivinación (reconocimiento del cliente por la lectura del tabaco) y en el sistema biomédico (está en proceso), atendiendo, claro está, como dice Marc Augé (1984:57) a una "triple lógica de las diferencias que ordena a unos con relación a los otros, por medio de equivalencias y oposiciones, los símbolos que sirven para pensar lo social y constituyen la armazón intelectual de éste. Una lógica de las referencias, que establece las relaciones posibles (pensables) entre esa lógica simbólica y el orden social empírico; una lógica del suceso, o cronológica, que somete las relaciones de sentido constituidas por las dos primeras con la evidencia de una relación de fuerzas develadas por la historia: puesto que no hay otra historia que la real". Tomando en cuenta, a grandes rasgos, esa lógica encontramos dentro del marco del ritual de la consulta lo siguiente:

Esta diferenciación que hacemos en cuanto al marco ritual de la consulta, es una forma de sintetizar los procedimientos seguidos por ambos curadores en sus respectivos contextos. Con la denominación de **curanderos**, queremos significar, toda práctica del rito de la consulta no codificada dentro del sistema biomédico. Estos especialistas son los que la Ciencia Etnológica y Antropológica han comúnmente denominado

Modelo biomédico	Modelo curandero marialloncero
A. Diagnóstico	A. Diagnóstico
1.- tecno <span style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">↙ científico</span>	1.- tecno-empírico
2.- cognitivo intelectual	2.- cognitivo afectivo
3.- síntomas y signos * ojo clínico -tacto * síntoma soporte morfológico	3.- -estado afectivo *tacto *mirada del curandero
4.- es objetivo, explicativo generalizador	4.- es subjetivo
5.- se centra en un contrato/societario	5.- se centra en la afectividad
6.- toma en cuenta los síntomas presentados por el paciente en cuanto a su cuerpo (órgano) *separación cuerpo de la totalidad hombre *cuerpo=cosa=objeto/estudio	6.- toma en cuenta los problemas planteados por el cliente: material/espiritual *atiende a la totalidad en el individuo
7.- utiliza instrumentos. Alta tecnología	7.- utiliza instrumentos (agua, hierbas, café, tabaco, etc)
8.- existen relaciones de poder legítimas y legales. El poder de curar es obtenido por el conocimiento científico	8.- existen relaciones de poder legitimadas por la clientela. El poder de curar dado por la deidad
9.- Dentro del contexto sociocultural venezolano:	
*saber legítimo, hegemónico, monopolio de la práctica institucional	* no validado, perseguido por las autoridades estatales y Colegio de Médicos.
B.- Pronostica	B.- Pronostica
-reconoce: enfermedad y órgano afectado	- reconoce: problema y magnitud del mismo
C.- Prescribe	C.- Prescribe
- tratamiento en un rúbrica, hora y fecha de nueva consulta.	-tratamiento que puede ser dado oralmente o por escrito y puede volver a consulta cuando quiera

"medicina tradicional". Entre ellos cabe mencionar a los grupos étnicos, campesinado indígena, criollo o mestizo, grupos folk, marialloncero, naturistas, hierbateros, entre otros.

Otro aspecto que nos ha interesado en esta situación es el **consultante**. Este se vale del conocimiento del curador para que le diagnostique, reconozca el tipo de padecimiento y prescriba el tratamiento a seguir para restablecer la salud. Pero hay un aspecto esencial que

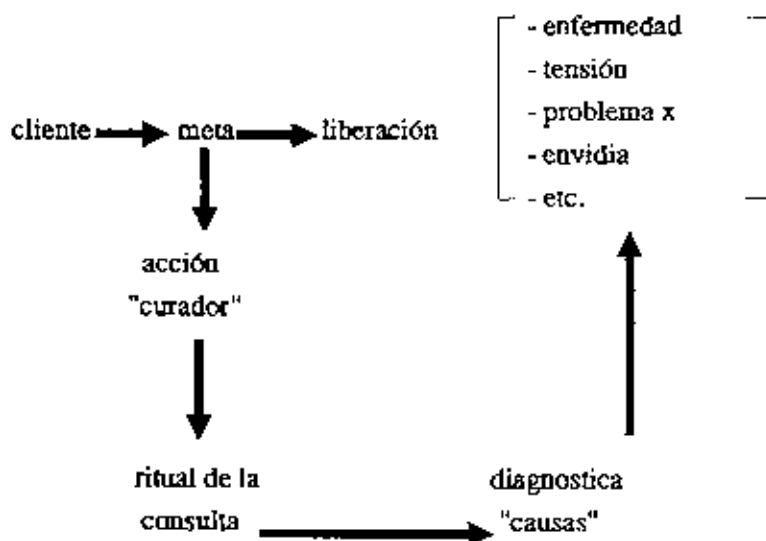
atañe al paciente y es el fenómeno de la confianza, la cual está relacionada con acontecimientos futuros. En la interacción curador/paciente, la confianza es un aspecto necesario y, a la par de ella, hay otro aspecto fundamental como es el creer en el otro. El confiar y el creer surgen en el paciente cuando ve que lo dicho por el curador se cumple en un futuro no muy lejano. Lo que dará pie para comprobar la eficacia del tratamiento y el curador ratifica la validez de lo comunicado al paciente dentro del ritual de la consulta. Esto lo legitima. Y él ratifica la "potencialidad" de su acierto no sólo a través del diagnóstico y el reconocimiento de la enfermedad o problema, sino también de sus palabras. Cada curador da a las mismas su propia coherencia y cada discurso posee su propio estilo. Todo depende de quien esté frente al "caso". Todos poseen un lenguaje para comunicar al paciente lo que creen deben comunicar. En este sentido, unos hacen referencia a lo más general, otros se fijarán en el detalle (especialización). Lo que sí es cierto que, tanto en el curador como en el paciente: el gesto, el silencio, las palabras, los instrumentos, cobran un sentido muy preciso dentro del contexto situacional real que producen sus consabidos efectos. En fin, podemos decir que en el ritual de la consulta hay un compartir un "problema X" con el otro.

Como resultado de todo cuanto se ha dicho con respecto al establecimiento de la salud del paciente, se tendría lo siguiente: en la consulta ritual donde el curador está ubicado en un contexto específico, el paciente se traza una meta la cual estaría conformada por la liberación de ("enfermedad", "angustia", "enemigos", "solución a X problema"). Para conseguirlo, el paciente, apea al saber de alguien: curador. El "curador" inicia una serie de acciones para realizar el diagnóstico y reconocer la enfermedad. Para ello, hace uso de sus instrumentos para determinar las "causas" e inicia el rito de la consulta. En ella el curador:

- A.- Diagnostica
- B.- Pronostica
- C.- Prescribe

Las secuencias A, B, C, están relacionadas con el estado de salud del paciente.

El esquema organizativo sería el siguiente:



El hecho de apelar al consultante al rito, lleva en sí la noción implícita de positividad del ritual en cuanto a detectar el "mal" y la de controlar socialmente la "salud". Estas dos funciones de detectar y controlar pueden ser asumidas por cualquiera que se encuentre en un campo similar. El paciente lo que persigue es establecer su salud. Y como dice Nelly García (1982:2), "la enfermedad es una negación de la vida, es amenaza de muerte, es regresión, pero el que logra salir de ella, se siente revivir, se siente salvado,... implica búsqueda de las causas y las soluciones". Es decir, hay un retorno al pasado. Ese retorno al pasado le sirve al paciente para afirmar el presente y construir un futuro lleno de expectativas con las cuales restablece la armonía no sólo del cuerpo enfermo, sino de toda su individualidad, de toda su existencia.

Por último, es necesario destacar que, el contacto con estos dos contextos, ha sido interesante porque nos obligó a observar y a describir el proceso interactivo. Sabemos que el esfuerzo hecho no es definitivo, pero no resta validez a esta primera aproximación para una mayor comprensión del proceso en cuanto a la relación de los actores implicados en el mismo. En esta relación también constatamos que hay diferencias



muy marcadas en lo que atañe a la forma de acercarse al paciente. Consideramos que el agente biomédico es en estos momentos un profesional amenazado por sus propias contradicciones y por las expectativas limitadas por los demás. Es un ser que aún cuando padece como cualquier otra persona, se ha ido desensibilizando en parte, ante algunas situaciones vitales como la vida y la muerte, probablemente ante su posición frente al dolor del otro. Es un profesional que en cierta forma guarda una distancia considerable entre él y el paciente. Esto se nota más en las especializaciones. Para Francisco Paparo (1972:349), "llegará el momento en que la máquina podrá efectuar la diagnosis y emitir la terapia conveniente una vez conseguida la ficha del enfermo. Esto sería un error, porque es absolutamente necesaria la relación humana con el enfermo: el enfermo tiene problemas que no pueden ser medidos ni analizados por la máquina, por ejemplo, el modo como el enfermo vive su enfermedad". En este sentido, hemos podido constatar que, en vista de que los sistemas relacionales son diferentes -uno es contractual y el otro, se basa en la afectividad-, el curador se implica en la situación del paciente; no sólo ve los síntomas, sino que escucha al paciente; se establece una reciprocidad entre los actores, la comunicación se sitúa en el campo de una "gran homogeneidad" cultural; así el curador da a la enfermedad una interpretación que garantiza un estado de expectativa y, por tanto, confianza, ya que constituye un background psicológico muy importante para la evolución positiva del enfermo dentro de su contexto situacional real.

### Referencias Bibliográficas

- AUGE, Marc: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Collection Savoir. Paris, 1972-223p.
- BERLINGUER, Giovanni y otros: *Medicina y sociedad.* Editorial Fontanella. Barcelona-España, 1972-404p.
- CAZANUEVE, Jean: *Sociología del rito.* Amorrortu Editores. Buenos Aires 1971-279p.
- CLARAC de B, Jacqueline: *La enfermedad: lugar entre dos polos donde actúa la cultura.* Boletín Antropológico. Centro de Investigaciones. Museo Arqueológico. Universidad de los Andes. Agosto-Septiembre, 1990. Nº 19

- FLORES D, Dilia: **Trance, posesion y hablas sagradas**. Universidad del Zulia. EDILUZ. Maracaibo. Venezuela, 1988-118 p.
- FOUCAULT, Michel: **El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI. México, 1980-293p.**
- FREISON, Elio: **La profesión médica**. Ed. Península, Barcelona-España, 1978-373p.
- GARCIA, Nelly: **Posesión y ambivalencia en el culto a María Lionza**. Universidad del Zulia. EDILUZ. Maracaibo. Venezuela, 1987-101p.
- GOFFMAN, Irving: **La presentación de la persona en la vida cotidiana**. Amorrortu Editores. Argentina, 1981-273p.
- HABERMAS, Jürgen: **Teoría de la acción comunicativa. racionalidad de la acción y racionalidad social**. Taurus. Madrid, 1985-517p.
- HUNEEUS, Francisco: **Lenguaje, enfermedad y pensamiento**. Cuatro Vientos, Editores. Santiago de Chile, 1989-183p.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro: **La curación por la palabra en la antigüedad clásica**. Editorial Anthropos. Barcelona-España, 1987-285p.
- LAPASSADE, Georgs: **Socioanálisis y potencial humano**. Gedisa. Barcelona-España, 1980-292p.
- MAUSS, Marcel: **Sociología y antropología**. Ed. Tecnos. Madrid, 1974-431p.
- PARSONS, Talcott: **El sistema social**. Alianza Universidad. Madrid, 1984-528p.
- SONTAG, Susana: **La enfermedad y sus metáforas**. Muchnik Editores. Barcelona-España, 1984-131p.
- VAN DIJK, Teun: **La ciencia del texto**. Paidós Comunicación. Buenos Aires, 1983-309p.