
BARRERAS SOCIOLINGÜÍSTICAS QUE AFECTAN LA SALUD DEL PACIENTE

María Estela Carbajal Aiza
Vanessa Fuentes Languidey

Cómo citar: Carbajal Aiza, M. E., & Fuentes Languidey, V. (2007). Barreras sociolingüísticas que afectan la salud del paciente. *Página y Signos: Revista de Lingüística y Literatura*, 1, 40-65. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10995234>

RESUMEN

Este artículo ha sido elaborado en base al trabajo de tesis de licenciatura *El lenguaje en las interacciones médico – paciente en el Hospital José de la Reza de Capinota*. Esta investigación, de tipo etnográfico cualitativo, aborda una temática muy importante para la vida del ser humano: el lenguaje y la salud; específicamente, enfoca la manera en que el lenguaje y su uso llega a constituirse en una barrera comunicativa entre médico y paciente.

El trabajo pone en evidencia las relaciones inequitativas existentes entre el castellano, lengua de la medicina occidental, y el quechua, lengua de la medicina tradicional.

Palabras clave: interacciones comunicativas, análisis *Speaking*, barrera comunicativa

Introducción

Con este estudio partimos del análisis de la realidad social boliviana relacionada con los bajos índices de demanda de la población a los servicios de prevención, curación y rehabilitación que se prestan en diversas instituciones hospitalarias y centros de salud rurales.

Esta problemática motivó la presente investigación que adquiere toda su relevancia si reflexionamos sobre todo en el rol fundamental que cumple la lengua en la comunicación en el ámbito de la salud, no sólo para ganarse la confianza del usuario demandante de servicios médicos, sino, también, a la hora de explicar la naturaleza misma de la enfermedad y su magnitud al paciente por parte del médico y los procedimientos curativos que debe seguir el enfermo.

En este sentido, la presente investigación se realizó en el marco de dos disciplinas consideradas fundamentales para nuestro estudio: La Sociolingüística y la Semiología. Ambas nos ayudaron a comprender el campo de la salud. Por una parte, por medio de la Sociolingüística, que estudia la relación lengua-sociedad, se analizó las características sociolingüísticas extraídas de los propios discursos de los participantes (médico-paciente) en consulta médica. Por otra parte, por medio de la Semiología, se estudió los significados de salud que evocaron tanto médico como paciente al momento de interactuar.

Problema

En la población objeto de estudio, Capinota (Cochabamba-Bolivia), coexisten dos modelos médicos antagónicos que en la práctica se confrontan: medicina occidental y medicina tradicional. La primera, que es designada como medicina oficial, está apoyada por un marco jurídico legal y se responsabiliza mediante su saber científico, para decidir quién está enfermo y quién no. La medicina tradicional es la medicina autóctona que “ha sido legalizada por el Estado boliviano el año 1986” (Dibbits, 1994:24). Esta medicina, con el transcurrir del tiempo, ha sido utilizada por los pueblos aimaro-quechuas, y ha incorporado nuevos e innumerables elementos o formas de prevenir y curar las enfermedades. Los conocimientos de esta medicina han sido conservados de generación en generación, es decir, de padres a hijos.

Asimismo, resaltamos que en la mayoría de los casos, ambos modelos médicos utilizan diferentes códigos. La medicina occidental o biomedicina utiliza generalmente el castellano como vehículo de comunicación; la medicina tradicional, por su parte, utiliza el quechua como lengua primordial.

De la misma forma, es común dentro de la biomedicina utilizar registros médicos especializados, es decir, técnicos. En contraposición, el lenguaje utilizado por la medicina tradicional se caracteriza por el uso de términos y palabras ligadas a los sentimientos del enfermo.

En relación con lo expuesto, en las interacciones comunicativas de consulta médica en el Hospital José de la Reza, observamos y presenciamos diversidad sociolingüística y cultural, que no sólo provoca una comunicación confusa entre el doctor y el enfermo, sino también un choque de creencias, ideologías y pensamientos que en lo posterior influye en el trato (generalmente hostil) que se le brinda al paciente que, en su discurso, manifiesta haber asistido a la medicina tradicional.

Entonces, a partir de las consideraciones presentadas, surge la siguiente pregunta de investigación, que nos guió: **¿Qué características sociolingüísticas se presentan en las interacciones comunicativas entre el personal de salud y los pacientes del Hospital José de la Reza de Capinota?**

Metodología

Para responder la pregunta de investigación fue necesario recurrir al **enfoque cualitativo** de la investigación científica que “estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido o interpretando los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas” (Gil García Rodríguez 1996: 45-46).

De esta forma, no sólo pretendimos hacer una lectura esencial de la realidad sino que nos propusimos interpretarla, profundizando en los significados de salud y en las características sociolingüísticas mediante el uso de la lengua en consultas médicas y entrevistas a médicos y pacientes del Hospital José de la Reza de Capinota.

Por tanto, este tipo de investigación nos permitió hacer perceptibles las opiniones, experiencias y actitudes, tanto de los médicos como de los pacientes, con relación a la salud y a los procesos o estrategias de curación de las enfermedades.

Asimismo, y atendiendo a la tipología de los estudios de casos, en esta investigación se tomó en cuenta el diseño de casos múltiples (Rodríguez 1996: 96) en el cual se utilizó doce casos múltiples y especiales a la vez, porque cada uno de ellos nos proporcionó información relevante para estudiar, describir y evaluar el lenguaje y sus repercusiones sociolingüísticas en un contexto físico real, que se abordó desde las grabaciones de consulta de los discursos propios de los médicos y los pacientes.

De igual manera, vimos por conveniente recurrir al método de la etnografía de la comunicación o etnografía del habla creada por Dell Hymes en 1962¹, un método de la investigación social, en el campo de la comunicación, que describe, en términos culturales, los usos pautados de la lengua y el habla en un grupo, institución, comunidad o sociedad.

A partir de este método, que privilegia el uso del modelo etnográfico de análisis SPEAKING y de sus ocho componentes: Setting and Scene (lugar y escena), Participants (participantes), Ends (finalidades y objetivos del acto comunicativo), Act Sequences (secuencias del acto de habla), Key (tono de voz de los participantes), Instrumentalities (instrumentos), Norms (normas), Genre (Género), no sólo describimos culturalmente a los participantes que eran los actores principales del acto comunicativo (médicos y pacientes del Hospital José de la Reza de Capinota), sino que estudiamos, detallada y profundamente, por medio de la lengua, las características sociolingüísticas y los significados de salud que los mismos emitieron, aspectos sociolingüísticos que fueron grabados de manera fidedigna tanto en consulta médica, como de manera individual.

Además de este método, contamos con técnicas (observación natural y entrevista semiestructurada), instrumentos (guía de entrevista) y medios de investigación (grabaciones) cualitativos; cada uno de ellos formó parte

¹ De acuerdo con Sánchez García, Javier. En línea: <http://www.proel.org/articulos/sociolin.htm>

imprescindible de nuestro trabajo para la recolección de datos confiables, fidedignos y veraces.

Los criterios sobre los cuales se realizó la selección de los informantes fueron los siguientes:

- ✧ La población objeto de estudio se encontraba en la provincia de Capinota y en las localidades rurales pertenecientes a este municipio, como ser Marcavi, Apillapampa y Buen Retiro.
- ✧ En los sujetos de estudio se tomó en cuenta factores como edad, ocupación, nivel de instrucción, procedencia cultural y lengua. El rango de edad de los participantes estaba comprendido entre los 16 a los 65 años.
- ✧ Se tomó en cuenta doce casos, los cuales están divididos en tres partes: la primera en tres entrevistas realizadas a dos médicos y una licenciada enfermera; la segunda consta de entrevistas efectuadas a seis pacientes y la tercera concierne a tres grabaciones de interacción médico - paciente.

Referente a los resultados obtenidos en esta investigación, vemos necesario e importante mostrar una tabla que contiene en forma muy concisa y comprimida la aplicación del modelo de análisis: SPEAKING con sus ocho componentes en uno de los casos analizados:

COMPONENTES CASO: LUISA		
S	Setting	Consultorio de ginecología, lunes 22/9/03.
P	Participants	Dra. 27 años, delgada, estatura baja. Dña Luisa, Casada, 22 años, alta, vestía pollera y se peinaba en dos largas trenzas.
E	Ends	Control de embarazo para minimizar los riesgos del mismo / *La comunicación en la relación médico paciente (respuestas o preguntas incorrectas/explicación escasa).
A	Act Sequences	Intercambio de saludos, preguntas de diagnóstico, exploración física, receta médica.
K	Key	Pausado, tranquilo y amigable
I	Instrumentalities	El código y su uso = código algunas veces comprendido e interpretado por la paciente/algunas veces no. * Registro.
N	Norms	Nivel de educación y respeto, superioridad de la Dra./ indiferencia hacia los sentimientos y pensamientos de la paciente.
G	Genre	Preguntas terminantes y cerradas, expresiones repetitivas, sinónimos, alegría.

Es importante detenerse aquí para mencionar que los componentes del **modelo Speaking** son tan productivos y poderosos que los utilizamos de manera general e íntegra para el análisis de las interacciones comunicativas entre médico y paciente.

Sin embargo, de las entrevistas efectuadas a médicos y pacientes se tomó en cuenta dos de los ocho componentes de este modelo etnográfico de análisis: Instrumentalities (formas y estilos sociolingüísticos de los actos de habla) y Ends (finalidades / objetivos de la comunicación que apuntaban a los significados de salud).

CARACTERÍSTICAS SOCIOLINGÜÍSTICAS

Incomunicación debido al uso de códigos distintos

Para que dos o más personas se puedan comunicar, es necesario que compartan los mismos códigos, los cuales son entendidos como todo un conjunto de signos y reglas lingüísticas que permiten que un mensaje pueda ser interpretado, por ejemplo, una persona no puede entender un mensaje en español o en quechua, si no conoce el respectivo código de esas respectivas lenguas.

Ante este contexto, afirmamos que el uso de dos códigos diferentes, tanto en el médico como en el paciente, crea un clima de frustración e inseguridad en ambos, pues generalmente, en esta situación, el galeno no puede comprender lo que su paciente le expresa; y lo mismo pasa con el demandante de servicios médicos que no consigue captar el mensaje del médico o lo hace a medias:

Doctora: ¿O no se siente?, echada está tu wawa, ya tienes que sacarte una ecografía porque **creo** que vas a tener gemelos... ya echate ya..... ¿Quieres escuchar el corazón de tu wawita?"

Luisa: Ajá, tiyan sunqu i?... 'Sí, tiene corazón ¿no?'

Luisa: Killapaqchari chay pilduritasqa, juk killapaqchari quwanchik, nichkayki kay tumanata, machkha diañacha mana jamunichu, machkaña atrasakuni?. 'Esas píldoras son para todo el mes, ¿no?, para un mes nomás me vas a dar, ¿no?, te estoy diciendo que esto

he tomado, ¿cuántos días será que no he venido?, ¿cuántos ya me habré atrasado?’.

Doctora: Ay, si te atrasas igual ps, vas a, el chiste es que tomes, tienes que terminar todito, ¿ya?

De esta manera, en esta consulta médica, las dificultades en la comunicación por el uso de códigos diferentes (quechua – español) hacen que la entrevista clínica no sea exhaustiva y siga un marco lógico, así, por esta razón, no se agota o resuelve el tema del embarazo gemelar y la necesidad de una ecografía, debido a que se trata de un embarazo de alto riesgo; tampoco se aclara las dudas que la paciente tiene con relación a la receta médica prescrita. Ante estas situaciones, advertimos que al marcharse la paciente, sin haber resuelto este aspecto de su embarazo, se pone en un riesgo muy grande de salud, especialmente si se atiende en su casa.

Finalmente, para lograr la confianza del paciente es fundamental que el médico, utilizando el idioma del paciente, le explique las causas de su enfermedad y los procedimientos curativos a seguir, obviando las palabras técnicas y/o científicas, ya que de lo contrario el enfermo, por vergüenza o temor, no va a preguntar; en otras palabras, la explicación debe darse de la manera más sencilla posible, hablando despacio y tratando de comprender y usar palabras de la gente cuando sea necesario, sin que por esto el discurso se vea forzado.

Incomunicación generada por el uso de terminología científica

En el campo de la salud, es muy importante que exista una buena comunicación entre médico y paciente, sin embargo, en la práctica encontramos que la información que se da a la población es compleja, técnica y corre el riesgo de desorientar. Todo esto se explica debido a que la formación universitaria del profesional de salud está basada en aspectos médicos asistenciales y con énfasis en lo curativo y muy pocos contenidos en el área de tipo social, como la comunicación apropiada con los pacientes. De esta manera, consideremos los siguientes ejemplos extractados de los propios discursos de los médicos del Hospital José de la Reza de Capinota que se caracteriza principalmente por el uso de registros especializados de la lengua, los mismos que fueron utilizados tanto con las entrevistadoras en primera instancia como con los pacientes en situación de consulta médica:

Doctor Alberto: "...me dieron 5 diagnósticos distintos, el primero me dijo que era una *enterocolitis*, el segundo que probablemente una *parasitosis*, el tercero que era una.....*gastroenteritis* solamente alimentaria, el otro me dio de que era una *apendicitis* y el me mandó para operarme y cuando llegó mi médico que me dijo no, esto es una *fiebre tifoidea* y que se estaba complicando, ¿ya entiendes?"

Doctor Alberto: ".....le voy a dar un tratamiento adecuado con un *antibiótico*, un *antiparásito* de acuerdo al caso". (Caso Doctor Alberto)

Doctora: "Mañana... hay está bastante *edematizada* inclusive la *mucosa oral* está con sangre apenas le ha salido.....ya acartonada está, ¿no?"

Doctora: "Sí, según a la diarrea que tenía le han dado *cotromizazol* y le han debido dar *suerito*". (Caso Doña Valeriana-grabación de consulta médica)

Los recortes precedentes nos muestran términos médicos como *parasitosis* alimentaria, *apendicitis*, *fiebre tifoidea*, *sífilis*, *antipirético*, *antiparasitario*, *antibiótico*, *cotromizazol*, *rubéola*. Estas palabras, como puede evidenciarse, son vocablos difíciles y científicos que los médicos en su mayoría están acostumbrados a utilizar; en estos casos, cada uno de los doctores utilizó una palabra científica para diagnosticar, referirse a la enfermedad o simplemente a los medicamentos.

De acuerdo con lo expuesto, se constató que este vocabulario, aparentemente sencillo desde el punto de vista médico, al ser usado en consulta médica, y al no ser explicado con detalles sobre qué es y para qué es, genera dudas en el paciente, por el mismo hecho de que no llega a entender a cabalidad este tipo de vocabulario exclusivo del ámbito médico que, en vez de comunicar, incomunica.

Registro médico que ocasiona resistencia

Como ya lo habíamos adelantado, es en el ámbito médico que generalmente escuchamos terminología científica respecto a medicamentos o simplemente tratamientos médicos. El uso de estos términos no sólo genera dudas y desconfianza en el paciente, sino también ocasiona resistencia hacia los tratamientos curativos occidentales. Desde esta mirada, consideramos oportunos los siguientes ejemplos extractados a través de grabación de consulta médica:

Doctor: (Acercándose a la enfermera) Lucita hay que colocarle vía, por favor

Doña Valeriana: Uhm.

Doctor: Vía

Doña Valeriana: Mana waway... Quillacollo (llora la bebé). 'No mi bebé... Quillacollo'

Doctor: (Ve a la bebé delgada y cansada de tanto llorar) ¿Cuánto pesa?

Doña Valeriana: Está pesando 8 kilitos, 50 por 8 igual 400

Doctora: La Licenciada le va a poner suero, nicoglicerina, ¿no ves? (Pregunta a los doctores quienes responden "sí" moviendo la cabeza de arriba abajo). (Caso Doña Valeriana)

Doctora: Uhm... está un poco hinchado, uhm... probablemente tengas un orzuelo.

Sofía: ¿Sí?

Doctora: Sí, no lo vas hurgar, no lo vas hacer nada, porque si lo vas hurgar se va ir creciendo más te vamos a dar unos antiinflamatorios, te pones paños calientes, pones un ratito, y luego lo retiras.

Sofía: Ah. ¿con agua o qué? (Caso Sofía)

En el primer caso, observamos que, al no entender la madre el término vía, se niega a que le coloquen suero a su pequeña hijita, y ante esta negativa, la doctora le dice que la licenciada le iba a colocar suero a su hija, lo que en sus palabras técnicas es "nicoglicerina" para luego decirle ¿no ves? Como queriendo decir: no dudes, sólo es suero.

En el segundo ejemplo, no sabemos con exactitud si Sofía entendió claramente la palabra antiinflamatorios, lo más probable es que haya entendido que le iban a dar medicamentos, pero no de qué tipo pues en esta parte no pregunta a la Doctora qué significa esta palabra.

Por otra parte, el siguiente recorte nos muestra las palabras conducto, ursuelo, gastritis:

Doctora: Vas a tomar amoxicilina, más de quinientos, ¿ya?.

Sofía: ¿Y eso para qué?

Doctora: Eso es para que te ayude a que no se te hinche tanto, el otro te va ayudar a desinflamar, es como... el orzuelo te aparece cuando uno de tus conductos se tapa entonces ahí los microbios van a proliferar, y se va formar como un... un mochito, algo así, ¿ya? entonces eso es para evitar que se te... infecte.

Doctora: Este, primero... vas a comer siempre algo antes de tomar, sino te va dar una gastritis.

Sofía: Tengo que comer cada dos después de... si no...

Doctora: Sí, comes algo y, luego tomas medicamentos, ¿ya? aquí está (la doctora le entrega la receta).

A través de este recorte, observamos que Sofía no escuchó antes el término, ni sabía sobre el uso de la amoxicilina, por esta razón ella pregunta a la Doctora “¿eso para qué?”. Posteriormente, la Doctora, ante la pregunta de la paciente, recién le explica sobre la función de este fármaco y principalmente sobre las características que tiene su enfermedad (ursuelo). Luego le dice que, antes de tomar este medicamento, debía comer, porque de lo contrario le iba a dar gastritis, término que no fue entendido por la paciente, ya que ella responde “tengo que comer después de...sino”; con esto dio a entender que no entendió lo que la doctora le explicó y con la palabra “sino” no sólo reflejó duda sino que también pidió una explicación al respecto.

En este sentido, el médico debe y tiene que explicar al paciente en términos sencillos cosa que él entienda lo que se le está diciendo. Por ejemplo, si el doctor le dijera a su paciente “tienes sífilis” probablemente éste se quedaría callado como señal de que no entendió lo que le dijo el doctor, pero si el doctor le dijera “*qan jatun onqho tian*”, entonces el paciente entendería y preguntaría

sobre ello para hacerse un tratamiento a fin de curarse. En este contexto, consideramos el siguiente ejemplo:

“... no puedo decirte sífilis porque hay mucha gente que viene por esa producción de infección de transmisión sexual, pero por ejemplo, jatun onqho, lo que sería la traducción más acercada gran enfermedad”. (Caso Doctor Alberto Terceros)

De acuerdo con este cuadro, Dibbits (1994: 43-44) afirma que:

“... muchas veces se tiene miedo de expresar las dudas sobre los exámenes o tratamientos que el médico considera necesarios... por el riesgo de que sea percibido como falta de fe en la autoridad o de ignorancia. Entonces, aparentemente se acepta, sin que éstos perciban “que están hablando solitos”. Entonces el paciente prefiere no volver donde éste mismo médico por no tener que confrontarse con una reprimenda que a veces linda en un juicio moral.”

Ante todo lo expuesto, creemos que la parte más importante entre este encuentro cultural lo tiene el médico, quien, vale la pena reiterar, debe emplear en todo el tiempo que dura la consulta o el procedimiento médico el lenguaje más sencillo posible, obviando términos propios de la medicina occidental. De lo contrario, el paciente, al no haber estudiado medicina, percibirá, al escuchar este tipo de vocabulario, tan solo sonidos y, al no evocar el significado, es decir lo que realmente quiso decir el médico, por temor o vergüenza, no repreguntará; si no tiene tampoco, la plena confianza en la medicina occidental puede no comprar el medicamento y así descartar el tratamiento, recurriendo a otro tipo de medicina, que es, a saber, la medicina tradicional. Entonces, en este caso encontramos un problema de comunicación muy serio que afecta en gran medida la salud del paciente: aunque las palabras parezcan simples, en caso de ser usadas con los pacientes, necesitan de una explicación en cuanto a su uso.

SIGNIFICADOS DE SALUD

Falta de explicación médica

La información recolectada revela y pone en evidencia que la explicación inapropiada o escasa que da el médico a su paciente, respecto de su enfermedad o sobre el respectivo tratamiento médico, posteriormente se transforma en inseguridad, dudas, temor y desconfianza en el paciente hacia el médico o la medicina occidental. De esta manera, es oportuno el siguiente aporte de uno de los médicos del Hospital José de la Reza:

“... por ejemplo: hay algunas personas que hablan quechua que dicen: “si el doctor no me entiende, entonces no me puede ayudar”, y se van a un médico tradicional, o a otro médico que le entienda, que hable quechua. Hay algunas no... son pocas las personas...” .
(Caso Doctor Alberto)

Una muestra de ello la encontramos en el caso de Luisa, quien no entendió a cabalidad la información transmitida por la galeno respecto a la receta médica prescrita.

Luisa: Killapaqchari chay pilduritasqa, juk killapaqchari quwanchik, nichkayki kay tumanata, machkha diañacha mana jamunichu, machkaña atrasakuni? ‘Esas píldoras son para todo el mes ¿no?, para un mes nomás me vas a dar ¿no?, te estoy diciendo que esto he tomado, ¿cuántos días será que no he venido, cuántos ya me habré atrasado?’

Doctora: Ay, si te atrasas igual ps, vas a, el chiste es que tomes, tienes que terminar todito, ¿ya? (Caso: Luisa)

De la misma forma, por medio de los siguientes recortes observamos que la escasa información que brinda el médico a su paciente produce desconocimiento sobre la enfermedad y su magnitud; esto trae como consecuencia que el paciente descuide los procedimientos y estrategias médicas a seguir, y tan sólo se da cuenta de la gravedad de su enfermedad cuando ya éste ha evolucionado y ya casi nada se puede hacer para intentar salvar su vida. En la vida de don Eduardo vemos que, debido a la escasa información y

explicación que el médico le dio sobre el origen del cáncer que padecía su madre, dedujo que ella tenía este mal porque comía mucha grasa de choncho, pues el único y escaso informe que él recibió del Doctor, con relación a la enfermedad de su madre, se refería a que ella padecía de cáncer porque antes tomaba chicha.

Entrevistadora: ¿De qué le dijeron que tenía cáncer?

Eduardo: Tal vez, no sé... de que será ps el... cáncer, tal vez ha comido mucho grasa ps, con grasa, hay vez comía cerdo de grasa, hay vez, tal vez de eso ps, seguro es esto.

Entrevistadora: ¿No le han explicado por qué tenía cáncer?

Eduardo: No, nada, antes tomaba chicha de eso nomás nos dice pues, más antes tomaba mi mamá... (Caso Eduardo)

En la misma línea, el siguiente extracto de grabación de entrevista señala que el paciente (padre de la Doctora) fue a consultar inicialmente por una úlcera gástrica sin saber que tenía cáncer, el cual fue detectado en la última etapa de su enfermedad que en corto tiempo lo llevó a la muerte.

Doctora: En la caja le consultó primeramente por una úlcera gástrica y posteriormente había evolucionado el cáncer

Entrevistadora: ¿No sabían qué tenía?

Doctora: No ehh... como no sabíamos, prácticamente se le descubrió en la etapa terminal... Ha estado como... se le detectó en enero y 3 meses después falleció. (Caso Doctora Inés)

Además, el desconocimiento de los procedimientos médicos occidentales provoca en el paciente no sólo inseguridad y temor por lo que se le vaya a hacer con instrumentos que en definitiva no conoce y que empeora cuando tiene que pasar por ciertos exámenes médicos, sino que también provoca el deseo de no culminar con el respectivo tratamiento.

Entrevistadoras: ¿Le han llevado aquí al Centro médico?

Eduardo: Sí en hospital no podía atender bien pues porque, ellos muy enojados son hay vez, las doctoritas también, porque quiería hacer con jierros así, con juerza... sacan sus estos, después... eh

sacan sangre pucha yo me enojado pues ese día porque... para que hacen esos... para sentir eso dolor, porque ellos... no sé qué pensarán ps, tal vez, no va doler así pensaban ellos, pero mi mamá lloraba hartó, mi mamá no quería ni llegar ps en allá, para qué me llevan, mejor morerme ha dicho pues. (Caso Eduardo)

Asimismo, queda también demostrado que el poco conocimiento que tienen sobre los tratamientos de salud occidentales se limita al uso de pastillas, inyecciones, sueros y otros fármacos, lo que en lo posterior también influye en su determinación de culminar con el proceso curativo.

“Ñuqata paykuna (médicos) inyecciones ni peldora ni ima ayudawani imanallawampis...”. ‘Ellos (médicos) a mí ni con inyecciones, ni con píldoras no me ayudan, no me hacen nada...’.
(Caso Lucía)

De esta manera, observamos que la profesionalidad del doctor, los tratamientos e instrumentos curativos de la medicina occidental no gozan de la confianza de los pobladores de la comunidad de Capinota, quienes sienten duda o temor por un posible mal resultado de los procedimientos curativos de esta medicina.

Por lo anteriormente expuesto, y en palabras de Dibbits (1994: 45), “...los médicos no explican, o lo hacen muy resumidamente, el diagnóstico y el tratamiento que proponen, sin tomar en cuenta que todos necesitamos entender lo que nos pasa para tener la confianza en el proceso de curación”. Debido a esto, concluye que los pacientes en los hospitales manifiestan “una notable desconfianza hacia la profesionalidad médica. Una forma bastante común de expresar esto es: tengo miedo que me hagan peor. Estas dudas son muy corrientes y... a todos nos invade esta incertidumbre cuando estamos ante un problema de salud más o menos grave” (Ibid: 52).

Asimismo, los instrumentos médicos y las prácticas curativas de la medicina occidental producen a los enfermos “miedo, incertidumbre y angustia...” (2003: 31).

En cuanto a este punto, si bien el estado trata de educar a la población en forma impositiva a través de los medios de comunicación, tanto orales como escritos,

éstos no llegan hasta la población que tiene, desde hace siglos, sus propias formas de significar la salud, la enfermedad y que, además, tiene sus propias formas de curarse.

Todos estos aspectos nos llevan a concluir, una vez más, que la información que dé el médico a su paciente es fundamental; y la misma debe de ser completa, explicada de manera sencilla, tomando en cuenta que los pacientes “muchas veces no expresan dudas sobre el tratamiento o los exámenes que el médico sugiere, por el riesgo de que sea percibido como falta de fe en la autoridad o de ignorancia”.

De lo contrario, se corren riesgos que pueden llegar a constituirse en barreras que afectan la salud y que, en la mayoría de los casos, vienen acompañadas de consecuencias tristes y lamentables, esto debido a que el paciente no concluye satisfactoriamente sus respectivos tratamientos biomédicos.

Ejercicio de poder a través del lenguaje

A través del lenguaje, podemos expresar lo que sentimos, lo que queremos y lo que pensamos sobre el mundo y las cosas. Sin embargo, observamos, en el campo de la salud, que el lenguaje es también sinónimo de confrontación entre dos pensamientos pertenecientes a dos sistemas médicos distintos (medicina occidental y medicina tradicional).

Ante esta realidad, y en consulta médica intercultural, resalta la lucha por el poder en la que se ve enfrascada la Doctora, como agente de la biomedicina, quien no acepta de ninguna manera el diagnóstico brindado por el médico tradicional llamado Jampiri. De esta manera, vemos que, a la respuesta de doña Valeriana, la Doctora dice: “¿Quién es ése que sabe, qué sabe ése...yo no sé? ” como queriendo decir quién es ese que se cree superior a mí en conocimientos de salud; luego expresa despectivamente “qué sabe ese”, lo que en otras palabras sería qué sabe él si no ha estudiado y finalmente “yo no sé?”, porque fuiste donde él y no viniste donde mí; no comprendiendo que, según el saber popular, el susto no es una enfermedad que cure el doctor, por ser competencia de los yatiris, jampiris, curanderos, etc.

Doctora: Imayraku chanta mana apamurqankichu? ‘¿Y por qué no le has traído?’

Valeriana: Doctoresman ancha mana apay niwarqanku... rirqani q’ala pasasqaña, mancharispa nispa niwanku. ‘A los doctores no lleven mucho me dijeron... he ido bien pasado está, asustado está me han dicho’

Doctora: Pitaq chay yachaq imataq chay yachaq... (habla despacio) mana yachanichu. ‘¿Quién es ese que sabe, qué sabe ese... (habla despacio) yo no sé?’

Valeriana: Ehh... (piensa)

Doctora: Jampiris? ‘¿Los curanderos?’

Madre de la niña enferma: Ari. ‘Sí’

De acuerdo con este panorama, advertimos, por medio de la voz, no sólo una actitud de superioridad de parte de la doctora sobre el curandero o jampiri, sino sobre la madre de la bebita y sus familiares, especialmente cuando dice “*a ustedes les voy a hacer entender... así no se hace enfermar a esta bebita*”; deja traslucir que ellos son ignorantes, aprovechando hasta el mínimo detalle para censurar a la madre de diferentes maneras. Establece claramente que si ella no la hubiera llevado donde los curanderos, ya la niña hubiera estado recuperada, tal y como lo ilustraremos con los siguientes y posteriores recortes y fragmentos de la entrevista.

Licenciada y Jefa de enfermeras: Chay sueritu churasunchik... chaymanta ñuqa defensoriaman willamusaq, jamunqanku paykunatin qamkunachik ya entiendiwankichik i... mana ajinata unqunkichikchu kay wawita, sumaq firmasqata... porque imapis pasanqa ñuqataq... ‘Ese suerito le vamos a poner... por eso yo a la defensoría les voy a avisar cuando vengan ellos y a ustedes les voy hacer entender... así no se hace enfermar a esta bebita... bien firmada... porque algo le pasa yo ya también....’

Doctor: Llamaremos a los policías.

Asimismo, en este estudio, queda una vez más puesto en evidencia que, así como no se aceptan los diagnósticos médicos tradicionales, tampoco se admiten los elementos curativos que caracterizan a esta medicina tradicional, pues son considerados sucios y dañinos. De esta forma, a los ojos de los biomédicos y/o

enfermeras, el excremento de vaca usado como parte de un procedimiento curativo tradicional en el cuerpo de la bebita enferma es totalmente rechazado, reprochado y calificado como más que sucio y repugnante

Doctora: (Le informa a otro doctor que acaba de ingresar al consultorio) Lo ha llevado jampiris, lo ha traído con lleno de caca de vaca aquí yo estoy viendo todo eso, estas señoras también, acabamos de bañar han preferido llevar al jampiri...

Doctora: Paymanqa suerito yaykunan tiyan... Kay... llimphitu jap'ina mana waka akaswan ruwanachu, mana chay jampichu, mana chaywanñachu jampinachu. 'Suerito le tiene que entrar... *Esto... limpiquito hay que agarrar, ya no le vas a curar con esas cosas.*'

Doctora: *Qam qhawakamullanki chaypi qhawamunki*, pichamuq chaymanta qamta ni imata cobrasunqankuchu. *'Tu miras nomás, en ahí, vas a mirar limpiar desde ahí no te van a cobrar nada.'*

Entonces, a la luz de estos recortes, podemos ver que, si bien todo este proceso de curación es parte importante de la medicina tradicional, para la medicina occidental es todo lo opuesto; no toma en cuenta que el excremento de vaca es muy importante para la cultura quechua, pues no solo ven en él un abono natural para la producción de sus sembradíos, sino que también como elemento mágico imprescindible para la curación de enfermedades mágicas.

De esta manera, en palabras de Aguiló (1983: 47) diremos que:

“...una de las cosas más notables es la capacidad de utilización funcional de muchas cosas que son menospreciadas y aún rechazadas por la sociedad civil, exprimiendo toda su virtud real o mágica. El uso de lodo, kerosén, cenizas, qopajira entre los minerales; la sangre, *sebo*, orines, lana sucia, pelos, *entre los animales*; resinas, tabaco, vinagre, etc, entre los vegetales. Y peor aún, usar la propia saliva, orines, olores, etc., *produce una reacción extraña desde una perspectiva extrínseca a la cultura agraria*” (Ibid: 66);

Dibbits (1994: 44) complementa esta afirmación diciendo que “es sorprendente cómo no se permite la duda ni la divergencia frente “al saber médico”, situación que es bastante frecuente también en Occidente en la relación médico - paciente”

Con todo lo anteriormente expuesto, señalamos que, si bien los médicos conocen sobre estos significados de salud culturales, no los aceptan, pues cuando se enteran de que un paciente acudió a la medicina tradicional antes que a ellos, se enojan y le reprochan tal como lo pudimos comprobar en nuestro campo de estudio. En este sentido, concluimos que, en vez de buscar oportunidades de interculturalidad en cuestión de salud, lo que se hace es descalificar la medicina tradicional por considerarla no científica y rudimentaria.

❖ **Experiencias de salud y desconfianza**

En el campo de la salud ocurren muchas experiencias que marcan la confianza o la desconfianza de los usuarios hacia los tratamientos médicos occidentales. En la mayoría de los casos, las experiencias tristes y desagradables, a causa de los resultados poco exitosos o fatales que obtuvieron algunos pacientes en sus tratamientos o prácticas médicas, influyeron en la decisión de asistir al hospital. Tal es el caso de doña Lucía, quien aceptó y depositó su confianza, de manera íntegra, en la medicina tradicional, después de haber pasado por experiencias muy desagradables durante su parto en el hospital donde, al margen de la mala atención, los médicos le asistieron en estado de ebriedad, provocando así la muerte del bebé que llevaba en su vientre, el cual no pudieron extraerle.

“...munarqa ñuqa tutas jaywarikunku jinapiqa mana jaywarinkuchu yakitutaq munanchu, ni rabiawan discutinakuni ah, dolor grave awantay atiniñachu ah payman, macharikamunku ah. ‘... quería que me levante en las noches así nomás no querían alcanzarme agua, con la rabia me he discutido pues, el dolor era grave no podía pues aguantar a él, se emborracharon pues’”.

De esta manera, para evitar una denuncia, el personal de salud que la asistió durante su parto le suplicó que no los denuncie y que aguante el dolor ya que

le iban a hacer un tratamiento, situación que no se efectuó puesto que una partera la curó. Es así que la entrevistada llegó a desconfiar y rechazar rotundamente los procesos curativos de la medicina occidental indicando que la partera sabía más que los médicos, quienes sólo querían dinero.

Por otra parte, una lectura del siguiente caso nos muestra otro hecho no menos dramático que el anterior, ocurrido el viernes 16 de abril del 2004. En esta oportunidad, el personal médico no previó ni cumplió las reglas y procedimientos de utilización de vacunas, ya que en lugar de preparar las dosis de las vacunas con agua destilada, emplearon otros medicamentos (relajantes musculares), los cuales provocaron la muerte casi instantánea de tres niñas de tan solo 11, 14 y 15 meses de edad, siendo una de ellas la hija de doña Zulma, quien afirmó que su bebé falleció cuando la estaban vacunando:

Zulma: ...chaypi waway vacunaptinga may wañurqapun ‘...en allí mi hija cuando la vacunaron, se ha muerto’

Zulma: ...jampita pantanku ninku no si imachus i.... anastasia churayuskanku ninku... ‘...medicamento equivocado dicen no sé que... anestesia le habían puesto dice...’ (Caso Zulma)

De acuerdo con todo lo expuesto, los siguientes aportes teóricos son oportunos:

Goic, por una parte, alude que, entre las responsabilidades del personal de salud en las prácticas médicas, está la de:

“...prestar ayuda y tener como única meta el bien del enfermo... De hecho, en cada momento de su actuación profesional, el médico está adoptando comportamiento y decisiones... al responsabilizarse del tratamiento de un enfermo o derivarlo a otro médico; al ejecutar u omitir determinados procedimientos; al prescribir la actividad o reposo...” (1987: 210).

Y el Grupo de Solidaridad (GS) y el Tahipamu afirman que entre las causas que adjudican al servicio médico mismo están: “Falta de interés a nivel humano, casos de negligencia, etc, en fin, no se daba un ambiente de confianza” (Dibbits 1994: 15).

De la misma manera, el Instituto Nacional de Seguros de Salud (Inase) que, entre otras atribuciones, fiscaliza los servicios médicos técnicos, operativos y la práctica del ejercicio médico en todos los niveles de salud del país, ha observado que:

“...el fenómeno de la negligencia médica es un problema mundial y Bolivia no está al margen de la epidemia de casos. Pero eso no es un justificativo para que cada vez se registren más casos de víctimas de malas prácticas en la prestación de salud. Y es debido a ese mismo aspecto que existe una marcada entronización de la desconfianza en los servicios médicos, una peligrosa ruptura en la relación médico-paciente”².

Las dos últimas referencias teóricas aluden a la desconfianza de la población y comunidades aledañas, en cuanto a asistencia a los servicios médicos, generada por casos de negligencia médica, lo cual no es para menos, sobre todo cuando uno se pone a pensar que este tipo de error humano termina en una tragedia. Y si bien en la mayoría de los casos no existe una sanción para los médicos que incumplen con sus responsabilidades, se levanta con esto una barrera que viene acompañada de desconfianza, rechazo, resistencia y el temor ante prácticas curativas de la biomedicina. Por lo tanto, es necesario crear una política de reflexión y de mucha cautela en los médicos y enfermeras a fin de evitar, en posteriores casos, situaciones como las que observamos en los discursos de los entrevistados.

CONCLUSIONES

- ✓ El uso de registros médicos, así como también la fluidez del idioma en la comunicación M-P son aspectos determinantes para la afluencia de las personas hacia la medicina occidental.
- ✓ El uso de dos códigos en consulta médica genera dudas e incomprendiones, tanto en el médico como en el paciente, afectando, de esta manera, la salud del enfermo.

² En línea: <http://www.boliviahoy.com/modules/news/article.php?storyid=6911&sb=y> (con acceso 20 de abril de 2004)

- ✓ Algunos médicos del Hospital José de la Reza rechazan el uso de elementos curativos de la medicina tradicional por considerarlos repugnantes.
- ✓ Los mensajes emitidos por la medicina occidental, como producto de experiencias negativas, provocan desconfianza en los usuarios demandantes de servicios médicos. Por lo tanto, algunos pobladores acuden tardíamente al médico, y generalmente cuando ya es demasiado tarde.
- ✓ Existe un conflicto de poderes entre ambos modelos médicos que se encuentra muy por encima de la razón.
- ✓ Al no estar de acuerdo con el diagnóstico y los procedimientos médicos tradicionales, el quechua es usado por los médicos para emitir reproches, discriminaciones y llamadas de atención. Fruto de estos maltratos verbales, se levanta una barrera de desconfianza y resistencia hacia la biomedicina por parte de los pacientes.
- ✓ El personal médico del Hospital José de la Reza de Capinota expresa, a través del uso que hace de la lengua, ausencia de un pensamiento intercultural de salud.

A partir de estas conclusiones, sugerimos las siguientes recomendaciones:

A los médicos:

- ✓ Que eviten durante la consulta o el procedimiento médico el uso de términos científicos, propios de la medicina occidental; más bien deben comunicarse con el paciente en términos sencillos y ligados a sus sentimientos, impidiendo, de esta manera, la sensación de frialdad e indiferencia hacia su enfermedad.
- ✓ Que trabajen en zonas rurales donde aún se practica la medicina tradicional, que aprendan la lengua originaria de los pobladores para que, de esta manera, puedan comunicarse positivamente y así evitar dudas o malos entendidos que en lo posterior influyen y determinan la

percepción negativa de los pacientes con respecto a los hospitales médicos occidentales, por lo que optan por acudir al curandero quien sí tiene dominio de su lengua, y, por lo tanto, tiene conocimiento del medio en que vive.

- ✓ Que conozcan los aspectos culturales, sociales y los diferentes significados o concepciones de salud, enfermedad y procesos de curación que tienen sus pacientes, a fin de establecer un acercamiento intercultural entre la medicina occidental y tradicional para así beneficiar y mejorar la calidad de vida de la población.
- ✓ Que no sólo tengan mucho cuidado con los diagnósticos, procedimientos y tratamientos médicos que proponen, sino también con el uso de medicamentos; de lo contrario, se corre el riesgo de incurrir en un acto de negligencia médica que pone en juego la salud y la vida de una persona, atrayendo con esto desgracia, dolor y, consecuentemente, rechazo, resistencia y temor hacia las prácticas biomédicas.
- ✓ Que no impongan los tratamientos curativos a los pacientes de comunidades rurales, ya que pueden repercutir negativamente en estas poblaciones ocasionando confusiones, mal entendidos y rechazos hacia el personal médico y enfermeras de la medicina occidental.

A los pacientes:

- ✧ Que en lo posible traten de concluir su tratamiento médico para de esta manera mejorar su salud y poner una barrera al avance de su enfermedad.
- ✧ Que no permitan que su enfermedad avance, aguantándose y obviando que están enfermos, sino que acudan al médico lo más pronto posible.

Al Gobierno:

- ✧ Que aplique en forma real y tangible una política de salud intercultural que integre ambas medicinas (tradicional y occidental), las cuales

deben contar con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones y con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, de saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo y revitalización (Cunningham 2002); esto quiere decir que tanto la medicina tradicional como la occidental se unan y se acepten mutuamente aprovechando lo mejor que cada una de ellas tiene, con la mirada hacia un solo objetivo: la salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

Aguiló, Federico

1983 **Enfermedad y salud según la concepción Aymaro-quechua.** Sucre: Q'ori Llama

Almaguer, José Alejandro y otros

2003 **El enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud.** En línea: http://216.239.51.104/search?q=cache:VJHLP1appScJ:www.salud.gob.mx/s_archivos/02_manual_medicina_tradicional.doc+significados+de+salud+tradicional+y+occidental+en+consulta+medica&hl=es
(Consulta: 19 de noviembre de 2004)

Alpire, Peregrin

2001 **Semiología general.** Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba.

Ávila, Raúl

1991 **La lengua y los hablantes.** México: Trillas.

Bayón, Nelly y Ángela Vargas

2002 **La Representación Social de las mujeres de Ucuchi respecto a la enfermedad, procesos / estrategias de curación y género.** Tesis en Psicología. U.M.S.S. Cochabamba.

Cea D'ancona, María Ángeles

1998 **Metodología cuantitativa, estrategias y técnicas de investigación social.** Madrid: Síntesis.

Corder, Pit

1992 **Introducción a la lingüística aplicada.** México: Limusa.

Cunningham, Mirna

2002 **Etnia, Cultura y Salud: La experiencia de la salud intercultural como herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua.** Día Mundial de la salud. OPS / OMS. Washington, D.C.

Delgado, Juan Manuel y Juan Gutierrez

1999 **Métodos y Técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales.** Madrid: Síntesis. S.A.

Diccionario Enciclopédico Espasa Calpe

1997 **Salud, enfermedad y muerte.** La Paz: Amanecer

Dibbits, Ineke

1994 **Lo que puede el Sentimiento. La temática de la Salud a partir de un trabajo con mujeres de el Alto Sur.** La Paz: Tahipamu

Fumero, Francisca

1994 **La lingüística y los métodos cualitativos de Investigación.** En línea: <http://cidipmar.fundacite.arg.gov.ve/Doc/Paradigma971/Art2.htm>
(Consulta: 4 de Enero de 2004)

Gómez, Domingo y otros

2004 **Salud y medicina tradicional.** En línea: http://www.serindigena.cl/index/medicina/medicina_quechua.htm
(Consulta: 22 de marzo de 2004)

Goic, A.

1987 **Semiología médica.** Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo.

Gumperz, Jhonn y Dell Hymes

1989 **Directions of sociolinguistics. The ethnography of communication.** Oxford: Basil Blackwell.

Halliday, Michael

1994 **El lenguaje como semiótica social. La interpretación social del lenguaje y del significado.** México, DF: FFCE.

Hymes, Dell

1974 **Foundations of sociolinguistics: an ethnographic approach.** Philadelphia. University of Pennsylvania Press. En línea: <http://www.acs.appstate.edu/~mcgowant/hymes.htm> (Consulta: 8 de abril de 2004)

Lacaze, Didier

2003 **Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la amazonía.** En línea:
http://www.hum.gu.se/ibero/publikationer/anales5/pdf_artiklar/lacaze.pdf (Consulta: 6 de julio del 2004)

López, Luis Enrique

1993 **Lengua 2. Materiales de Apoyo para la Formación Docente en Educación Intercultural Bilingüe.** La Paz: UNICEF.

Lowenstein, Carlos Daniel

2001 **Comunicación médico-paciente.** En línea:
<http://estudiantes.medicinatv.com/apuntes/muestra.asp?id=4>.
(Consulta: 5 de mayo de 2004)

Marcellesi J.B., Gardin B.

1973 **Introduction à la sociolinguistique, la linguistique sociale.** Paris: Larousse.

Mejía Ibáñez, Raúl L.

2002 **Metodología de la investigación.** La Paz: Sagitario

Pérez Serrano, Gloria

1999 **Investigación Cualitativa, Retos e interrogantes II, Técnicas y análisis de datos.** Madrid: Morata.

Rodríguez, Gregorio y otros

1996 **Metodología de la investigación cualitativa.** Málaga: Edición Aljibe.

Rutaetxe, Karmele

1990 **Sociolingüística. Textos de apoyo.** Lingüística 13. Madrid: Síntesis.

Taylor, S.J. y R. Bogdan

1977 **El habla en los medios de Comunicación.** México: Alambra

Torres, Bardales

1997 **Orientaciones básicas de metodología de la investigación científica.** Lima: San Marcos.