

Algunas notas sobre el discurso médico

Horacio Jinich*

I. ¿El discurso médico es sólo el medio de comunicación que utilizan los diversos integrantes de la profesión médica o es algo más? En este caso, ¿Qué más es? ¿Cuál ha sido el impacto de la tecnología médica sobre el discurso médico?

En medicina, como en todas las ciencias sociales (ciencias humanas), pero en grado posiblemente mayor, el discurso constituye no sólo el medio de comunicación entre los miembros de la comunidad de profesionales de la medicina sino un medio de comunicación con los objetivos mismos de la profesión médica, con los pacientes. Tradicionalmente, y desde los albores de la práctica médica, fue el discurso del paciente no sólo la principal, sino la única fuente de información sobre su padecer. La entrevista, la toma de la historia clínica, la descripción que de sus síntomas y quejas hacen los pacientes forman parte crucial del proceso diagnóstico (y, a menudo, también del proceso terapéutico) y son parte constitutiva esencial del acervo de conocimientos médicos, de la “teoría y práctica de la medicina”.¹

Es interesante hacer notar que hasta el siglo XIX el diálogo entre el doctor y el paciente constituyó el medio principal de información acerca de su estado morbosos. Pero, a partir de entonces, este diálogo, este intercambio de discursos, empezó a sufrir un proceso erosivo que no ha terminado y que ha ido transformando radicalmente la

naturaleza de la relación médico-paciente, provocando alarma entre quienes perciben que ese intercambio de discursos está en la esencia misma de la práctica médica, y causando una creciente insatisfacción social con la atención médica en una época en que, paradójicamente, los progresos científico-tecnológicos en biomedicina permiten abordar exitosamente numerosos problemas médicos que hasta hace relativamente poco tiempo estaban más allá de toda posibilidad de solución o alivio. La erosión principió cuando, en 1816, René Laennec inventó el estetoscopio e inició un proceso de distanciamiento creciente entre el médico y las ideas y palabras del paciente. En la actualidad, el laboratorio, los rayos Roentgen, la endoscopia, el ultrasonido, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear han acelerado ese distanciamiento. Las consecuencias son que la medicina moderna ha entrado en un período que Laín Entralgo² ha llamado de poderío y perplejidad. A pesar de los grandes hospitales y sus impresionantes máquinas, el público está insatisfecho, persigue judicialmente a los médicos, hay un retorno a la medicina popular y tradicional, proliferan sistemas médicos “paralelos”, se acusa a la medicina de “deshumanización” y se clama por un retorno a una medicina que se ocupe del enfermo y no de la enfermedad y en el que el diálogo, la entrevista, el discurso, retorne a ocupar el lugar que nunca debió haber perdido.³

Con toda razón afirma Martínez Cortés que la relación médico-paciente no puede ser solamente una relación objetivante sino una relación de carácter interpersonal. En la primera, el médico actúa como hombre que aplica

* Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina.

conocimientos y procedimientos científicos para identificar y tratar de resolver problemas concretos. En la segunda, el fin es la comprensión del paciente como persona. Su instrumento es el discurso. Este, a su vez, está compuesto de dos tipos de lenguaje: el verbal y el paraverbal.^{4,5,6}

II. ¿Qué relaciones mutuas guarda el discurso del paciente con su enfermedad y con su padecer de carácter médico? ¿Qué influencias tienen estos últimos sobre su discurso? ¿Qué influencias tiene aquél sobre éstos?

Para contestar estas preguntas es imprescindible establecer y definir la distinción entre enfermedad y enfermo o, si se quiere, entre enfermedad y padecer (en inglés “disease-illness”). Damos el nombre de enfermedades a las anormalidades en la estructura y la función de los órganos y sistemas del cuerpo. Llamamos padecer a la experiencia humana del estado morbo. Martínez Cortés lo define como “una vivencia o serie de vivencias, de sensaciones, de preocupaciones, de molestias, de cambios en el comportamiento habitual, en la función o morfología corporales, que quien los vive los incluye en el ámbito de la medicina, al considerarlos, desde su punto de vista, como enfermedad o falta de salud”. Una y otro, la enfermedad y el padecer, no son concordantes: anormalidades orgánicas similares pueden generar manifestaciones de dolor y malestar muy diferentes de una persona a otra; puede haber padecer en ausencia de enfermedad y la evolución de ésta es diferente de la trayectoria de aquél.

Cuando el paciente y el médico se encuentran, el paciente trae consigo un conjunto de síntomas, ideas sobre el significado de los síntomas, emociones y sentimientos causados por todo ello, ideas (conscientes e inconscientes) sobre lo que son la medicina y el médico; expectativas sobre lo que la medicina y el médico harán por él. El médico, a su vez, trae un conjunto de conocimientos sobre modelos teóricos de enfermedades, medicamentos, etc.; un conjunto de habilidades y destrezas para percibir los síntomas y signos que el paciente le entrega; una habilidad (a veces) para percibir el componente emocional y para conocer al paciente como sistema biológico, psicológico y como parte de sistemas más comprensivos cada vez: familia, grupo social, especie humana, biosfera; la capacidad para correlacionar los síntomas y signos del paciente con el modelo teórico que posee intelectualmente; la capacidad (a veces) para captar, a la vez, lo que tiene de única esa persona que está frente a él y que es su paciente. El

intercambio que ahora va a ocurrir entre los dos es, en buena parte, hecho a base de lenguaje. La importancia del discurso médico la demuestran frases como: “la vida y la muerte se encuentran en la punta de la lengua”; en libros como: “La palabra como un instrumento fisiológico y terapéutico; en el hecho aceptado del efecto placebo y su importancia enorme en la terapéutica.” Los pacientes utilizan diferentes lenguajes para comunicar sus síntomas, lenguajes que dependen de la cultura y subcultura de que forman parte, y de su biografía personal. Todo ello imprime un sello personal al significado simbólico y emocional de sus vivencias médicas.

Mientras que la enfermedad es la disfunción o desadaptación de las funciones biológicas del individuo, el “padecer de naturaleza médica” está constituido por las reacciones personales, interpersonales y culturales a la enfermedad o al sufrimiento. El padecer es conformado por factores culturales y, por ende, lingüísticos que gobiernan la percepción, clasificación, explicación y valoración de la experiencia penosa, procesos todos que se encuentran embebidos en un nexo complejo, familia, social y cultural.⁷

La experiencia del padecer es parte inseparable de sistemas sociales de significados y de reglas de comportamiento y, por ende, está influida fuertemente por la cultura. Puede decirse, sin temor a errar, que es un producto social, en el sentido de que nuestra manera de percibir, experimentar y manejar la enfermedad está basada en nuestro esquema explicativo del proceso morbo, esquema que refleja específicamente la posición social que ocupamos en los sistemas de significado que empleamos. Todo eso influye decisivamente en nuestra percepción de los síntomas, en las etiquetas diagnósticas que les aplicamos y en las valoraciones y respuestas que fluyen de esas etiquetas. Por ejemplo, en las comunidades náhuatl actuales⁸ la medicina sigue perteneciendo predominantemente a la tradición prehispánica. El universo es clasificado en las calidades frío y caliente, siendo la tierra y el agua identificados con lo frío y el sol con el calor. Estas calidades son una de las causas más importantes de la enfermedad que el individuo se provoca cuando transgrede las leyes de la polaridad frío-calor. Existen también los seres llamados comúnmente “aires”, que pueden ser fríos o calientes y están asociados al agua y al clima; son considerados como ayudantes del tiempo ya que ayudan a que llueva y haya prosperidad y también son causa de enfermedad. Probablemente están relacionados con las deidades pre-

hispanicas y con sus ayudantes, como los tloques. Otra causa importante de enfermedad son los hombres mismos, pues la provocan, sea voluntariamente por medio de la brujería, o involuntariamente, causando malestares como el “mal de ojo”. El tratamiento médico en estas culturas es predominantemente etiológico. Para padeceres causados por violaciones al equilibrio de la naturaleza, en los que no intervienen las deidades, como las frías y las calientes, se utilizan principalmente las hierbas, los animales y los minerales. En cambio, para los padeceres originados por los seres sobrenaturales, se utilizan los ruegos, las ofrendas, las oraciones, invocaciones y conjuros, formas todas ellas de discurso médico.

Por ejemplo, si el enfermo sufre tonalcholo que significa “ida de sombra”, pérdida de la sombra, es que experimentó un susto, una ansiedad y con ello la sombra deja de trabajar o cae. Su falta hace que la persona pueda y quede incompleta y, por ende, débil; siente flojera, dolor de cabeza, dolor de piernas, deseos de morir. El curandero sabe levantar sombras y para ello efectúa curaciones dos veces al día, cuando sale el sol y cuando se mete. Se hace así porque al sol se le recomienda “para que ayude, para que refleje..., ya que se entiende con la sombra”. El enfermo es llevado al sitio donde sucedió el accidente y se pronuncia esta oración: “Santa Bárbara doncella, Santa Catalina, Santa Centella, Santa Librada, Santa Isabel, San Miguel Arcángel, que truene, que relampaguee”.⁹ Otra forma de rezar es diciendo: “Santa Peña, Santo Árbol” y así el terapeuta va nombrando todos los parajes y objetivos de la naturaleza. Después de orar en náhuatl o en español se toma agua en una jícara roja y, enseguida, algo de tierra; estas cosas se toman en forma de cruz; mientras tanto, el curandero sigue rezando “Soy como el alma pecadora, yo soy la que te vengo a levantar ¡Jesús! ¡Ave María Purísima!” Algunos curanderos dejan una ofrenda consistente en frutas, cigarros, guisados, aguardientes, papeles de colores alegres y pétalos de flores. El curandero habla con los aires, les riega, reza a Dios y se dirige a estos entes en forma muy respetuosa hablándoles como señores, señoras, etc. Las ofrendas se hacen para que los aires se distraigan, consuman la fragancia de las flores, de los frutos y la comida y se aprovecha el momento en que, por su distracción, descuidan la sombra y entonces su curandero se las quita.

Contrastemos esa forma de discurso, propia de la medicina folklórica náhuatl, con el discurso moderno

utilizado para aliviar síntomas parecidos en un individuo “civilizado” habitante del Distrito Federal. Uno de los adelantos más importantes de la terapéutica moderna es el procedimiento llamado “retroactivación de constantes biológicas” (*biofeedback*). Unos electrodos colocados sobre los músculos cefálicos y cervicales del paciente registran las contracciones de sus miofibrillas las cuales, mediante transductores y avanzados equipos electrónicos, las convierten en imágenes visuales. La voz del curandero está sustituida por un cassette y un equipo de sonido. Una voz humana grabada en el cassette llega mediante audífonos a los oídos del enfermo, quien escucha un discurso que le indica que se concentre en la imagen visual de su tono muscular y lo guía, instruye, alaba, gratifica y refuerza conforme logra, mediante sus esfuerzos volitivos, modificar favorablemente la función alterada.

Se ha observado que los estudiantes de medicina, con gran frecuencia presentan complejos sintomáticos que atribuyen a alguna enfermedad. El fenómeno se ha atribuido a la combinación del “stress” social y ansiedad, síntomas somáticos e información detallada pero insuficiente sobre un modelo teórico de enfermedad, que incluye dentro de su cuadro clínico síntomas similares a los que percibe el estudiante. La escuela de Medicina los somete a tensión intensa y persistente que provoca reacciones emocionales sintomáticas y ahora la información, recientemente adquirida acerca de entidades nosológicas específicas, los provee de un marco nuevo dentro del cual identifican y dan sentido a sus sensaciones somáticas.¹⁰ Síntomas difusos y ambiguos, previamente aceptados como normales, son ahora reconceptualizados dentro del contexto de los nuevos conocimientos. Es posible que toda emoción esté constituida por dos partes o etapas: primero un conjunto de cambios fisiológicos y, a continuación, un proceso intelectual que les imprime un título; así, pues, un mismo complejo de cambios internos puede ser etiquetado de diversas maneras, de lo que resultan diversas reacciones emocionales. Si la persona carece de una explicación apropiada para lo que está sintiendo adopta las influencias externas para lograr definirlo.¹¹

Otro hecho digno de ser subrayado en un análisis de las relaciones entre el discurso y los síntomas, es la frecuencia con que síntomas de determinado tipo aparecen en muchas personas después de que los medios publicitarios dan a conocer la noticia de la enfermedad o muerte de un personaje famoso.

La respuesta a los síntomas está sometida, a su vez, a importantes influencias sociales y culturales. Los niños aprenden, desde edades tempranas, a reaccionar ante diversos síntomas y sentimientos de la manera que la familia y la sociedad les indica y enseña. Se entiende así porque los hombres se arriesgan más, piden ayuda médica con menos frecuencia, se quejan menos y parecen ser más estoicos que las mujeres en nuestra cultura. En un estudio realizado en un hospital de Nueva York sobre la reacción al dolor en varios grupos étnicos, se observó que los pacientes italianos y judíos reaccionaban de manera emocional mientras que los americanos de origen anglosajón eran más estoicos y “objetivos” y los irlandeses tendían a negar la existencia de dolor. Por otra parte, los italianos pedían alivio a su dolor y se conformaban con eso, mientras que los de origen judío se preocupaban más bien por las causas del dolor y por su trascendencia para su salud y bienestar futuro.¹²

El relato patográfico que el médico hace, es decir, su manera especial de traducir lo que percibió del paciente, depende, a su vez, de un conjunto de paradigmas, ideas preestablecidas, prejuicios del lenguaje médico de cada cultura, época y lugar.

En resumen: es esencial establecer la distinción clara entre enfermedad y padecer. Aquella es una abstracción; éste es una realidad. Pero es una realidad construida en el seno de una familia, de una sociedad y de una cultura determinadas. El discurso del paciente no es, en consecuencia, un vehículo pasivo de transmisión de vivencias sino que, activamente, las selecciona y las reviste de significados específicos, dentro de modelos explicativos específicos.

¿Qué relaciones tiene el discurso del médico con su diagnóstico?

Durante la entrevista clínica el médico no se encuentra en actitud pasiva, registrando meramente el discurso del paciente. En primer lugar, el registro no es imparcial; ya decíamos antes que el médico traduce los símbolos verbales del enfermo a su propio lenguaje médico. En segundo lugar, el médico interroga, cuestiona, pide datos que le permitan encuadrar la información dentro de sus sistemas conceptuales teóricos, que son a su vez productos de una cultura. Son “modelos explicativos”. El modelo explicativo del médico “científico” difiere del modelo “popular” y éste del modelo “tradicional”. Mediante sus procedimientos de diagnóstico, el médico, sanador, chamán, etc., presentan a los pacientes “realidades” médicas

que serán objeto de atención y tratamiento médicos. Este proceso ha sido denominado “la construcción cultural de la realidad clínica”. Las interacciones paciente-médico son transacciones entre “modelos explicativos”; estas transacciones a veces tienen que tropezar con discrepancias en el contenido cognitivo y valores, expectativas y metas terapéuticas. Las realidades clínicas se constituyen como producto de la cultura y varían transculturalmente así como entre los diversos tipos de atención médica que conviven dentro de una misma sociedad (popular, tradicional y científica). Sobra decir que los modelos explicativos se piensan y expresan en discursos y que la interacción paciente-médico es una transacción de dos discursos.

IV. ¿Qué relaciones tiene el discurso del médico con los resultados de su terapéutica?

Todo discurso médico es un ejercicio terapéutico. En algunos casos es el único o principal agente terapéutico, y constituye entonces uno de los elementos esenciales de lo que se llama psicoterapia. Pero no se limita a esos casos. En todo lugar, en todo tiempo, con todo paciente, con todo médico, voluntaria o involuntariamente, consciente o inconscientemente, de manera planeada o espontánea con efectos positivos o negativos, el discurso del médico ejerce una influencia significativa en la evolución del padecer de naturaleza médica del paciente. Todo discurso es terapéutico o nocivo. Si se acepta que por lo menos el 50% de las consultas médicas se hacen por quejas que carecen de base biológica^{13,14} podemos concluir que el discurso médico es una de las armas terapéuticas más importantes y que lo ha sido a lo largo de la historia de la medicina.⁷ Siendo así, llama la atención la pobreza de la investigación científica dirigida a estudiar los mecanismos de acción, alcances, limitaciones, variedades y métodos de aplicación de este recurso.

Entre los intentos de encontrar fundamento científico al hecho conocido y aceptado de que la palabra es potente factor fisiológico y terapéutico destacan, sin duda, las aportaciones de Pavlov y sus discípulos.⁸ “La palabra —decía Pavlov— es para el hombre un estímulo condicionado tan real como los demás estímulos comunes con los animales, pero al mismo tiempo tan omnímodo como ningún otro”. La palabra, en virtud de toda la vida pasada del hombre adulto, está relacionada con todos los estímulos externos e internos que llegan a los hemisferios cerebrales, substituyéndolos todos, señalizándolos, y es por esto que

puede provocar las mismas acciones y reacciones del organismo que determinan aquellos estímulos. Ivan Pavlov, al descubrir las leyes que rigen la actividad nerviosa superior en los animales superiores, puso en evidencia que la actividad nerviosa superior del hombre está sometida a las mismas leyes. Sin embargo, esta última posee un particular suplemento cualitativamente original. Este suplemento, relacionado con la actividad laboral y social, se refiere a la función elocutiva, que introduce un nuevo principio en la actividad de los hemisferios cerebrales del hombre y que constituye el segundo sistema de señalización de la realidad, propio sólo del hombre. Combinándose cotidianamente, en las condiciones de interrelación con el medio, con los diversos estímulos del primer sistema de señalización, la palabra, a consecuencia de esto, es para el hombre un estímulo condicionado omnímodo, que constituye el fundamento de todo el complejo sistema de “señalización interhumana”, de “signalística de la dicción”. Los estímulos verbales representan, además, una abstracción de la realidad y permiten la generalización, constituyendo las bases del pensamiento, facultad superior específica del hombre. La abstracción de la realidad, característica para el segundo sistema de señalización, se consigue gracias a que la imagen de los objetos y acciones, expresada en palabras y concepciones, substituye la acción concreta, sobre el organismo, de aquéllas.

Como lo demuestran las observaciones cotidianas, el sistema elocutivo estructurado históricamente puede provocar en el organismo del hombre las más variadas reacciones de respuesta, que pueden ser registradas objetivamente. Esas observaciones, y una sólida experimentación científica, han establecido que la palabra realmente dista mucho de ser indiferente para el organismo humano y es capaz de provocar, en condiciones determinadas, diferentes alteraciones, dependientes de la significación ideológica de la palabra. Los hechos que ilustran estos postulados son conocidos desde antiguo, sobre todo los hechos relacionados con la sugestión verbal. Así, por ejemplo, es sabido, desde tiempos lejanos, que en algunas personas, por medio de acciones verbales puras, tanto en estado de vigilia como, sobre todo, en estado de sueño hipnótico, se pueden provocar reacciones. Cada palabra como estímulo es indiferente para el hombre hasta el momento en que, en la corteza cerebral, surge una conexión reflejo-condicionada entre esta palabra y uno y otro estímulo incondicionado o un estímulo condicionado

del primer sistema de señalización. Los experimentos de los discípulos de Pavlov confirman que la palabra puede realmente causar reacciones fisiológicas que corresponden a su significación ideológica. Estas reacciones están relacionadas con las influencias del medio ambiente y las palabras las señalan y las substituyen (“señal de señales”). Las investigaciones realizadas con palabras-estímulos sirven de ilustración de lo que es conocido bajo la denominación de sugestión verbal directa, inmediata, que Pavlov consideraba como el reflejo condicionado del hombre, más simplificado y típico. En consecuencia, el fundamento de los fenómenos de sugestión está constituido por un mecanismo reflejo condicionado y el proceso de sugestión adquiere una base fisiológica objetiva. Lo mismo se puede decir en relación con la autosugestión, en que la palabra puede despertar reacciones determinadas sin que sea pronunciada o escrita, actuando en este caso como “elocución interna”, proceso del “alto pensamiento especial del hombre”, capaz de abstraer y generalizar.

Conviene hacer notar que una de las condiciones necesarias para que el discurso médico sea terapéuticamente benéfico debe consistir en que, separándose del modelo explicativo “biomédico” actualmente predominante, que se interesa por la enfermedad, enfoque su atención en el “padecer de naturaleza médica” es decir, en el enfermo. Pero debe dar un paso más: al enfocar su interés en el paciente, el médico debe averiguar los detalles del “modelo explicativo” que el paciente posee, para adaptarse a él. El superior éxito terapéutico logrado no pocas veces por practicantes de sistemas médicos populares o tradicionales o paralelos, se explica porque todos ellos utilizan un discurso médico más afín al del paciente, que el utilizado por el médico “científico”. En términos generales los modelos explicativos de los enfermos no están totalmente articulados, son menos abstractos, pueden contener inconsistencias y contradicciones internas y se apoyan en evaluaciones erróneas de las evidencias. Son modelos que reflejan la clase social, las creencias culturales, educación, ocupación, afiliación religiosa y experiencias anteriores de padeceres y tratamientos médicos. Es necesario que el médico conozca el modelo explicativo del enfermo con el objeto de conocer sus creencias acerca de su padecer y el significado personal y social que les atribuye, y sus propias metas terapéuticas. Al comparar el modelo del paciente con el suyo propio, el médico puede observar las discrepancias existentes, saber qué aspectos de su modelo

explicativo requieren aclaraciones accesibles al enfermo y sus familiares y de qué manera puede lograr un compromiso satisfactorio entre los dos modelos explicativos.

V. ¿Qué influencia tienen las deficiencias lingüísticas en el discurso del médico sobre el resultado de la transacción entre él y el paciente?

En otra ocasión se ha hecho hincapié en la existencia, a nivel universitario y profesional, de deficiencias que van “en una gama variada, desde el extremo de una casi imposibilidad individual de manifestar ideas por escrito hasta una redacción incorrecta y sin relieve ni capacidad de transmitir situaciones de conocimiento o de experiencia”. Basta hojear cualquier expediente clínico en cualquier establecimiento médico, oficial o privado, para comprobar la veracidad de dicho aserto y la alarmante extensión del problema. La historia clínica, el relato patográfico, es víctima continua de esas fallas. Las consecuencias nocivas para el adecuado diagnóstico del padecer del enfermo y su feliz evolución terapéutica son monstruosas e incalculables. Los expedientes clínicos son la materia prima de la investigación clínica; no es de extrañar que ésta sea tan pobre, si bien ésta no es más que una de sus causas y ciertamente no la más importante.

VI. ¿Es legítimo hablar de los síntomas, enfermedades y padeceres médicos como discursos?

Está perfectamente aceptado, hoy día, que los síntomas pueden y suelen ser formas de discurso médico. Está, en primer lugar, la categoría de síntomas simulados, que proceden de niveles conscientes. Se acepta, desde tiempos de Freud, y aún antes, el fenómeno de la “conversión”, entendiéndose por tal la aparición de cambios sintomáticos de funciones psíquicas que, de manera inconsciente y distorsionada, son expresión de impulsos instintivos previamente reprimidos,⁹ los síntomas conversivos, en estos casos, no son simplemente expresiones somáticas de afectos sino representaciones muy específicas de pensamiento que pueden ser vueltos a traducir, a partir de su “lenguaje somático” al lenguaje original, verbal.¹⁸ El asunto será tratado probablemente por otras personas en este simposio y por lo tanto me limitaré a subrayar el concepto psicoanalítico de que los síntomas conversivos son únicos en cada individuo y el análisis permite averiguar su procedencia: están determinados históricamente por experiencias reprimidas que datan del pasado del

individuo. Representan una expresión distorsionada de demandas instintivas reprimidas y el tipo específico de distorsiones determinado por los acontecimientos históricos que causaron la represión.

La cuestión de si las enfermedades, definidas como lo hemos hecho, como alteraciones funcionales y estructurales, pueden constituir manifestaciones de discurso ha sido supuesta y aun aceptada por una abundante literatura psicoanalítica. En ella se dice que la úlcera, por ejemplo, aparece en personas cuya actitud oral receptiva está frustrada crónicamente y que, si bien reprimen dicha actitud y aún manifiestan un comportamiento reactivo opuesto, se encuentran, inconscientemente, en un estado permanente de “hambre de amor” que se expresaría por un conjunto de cambios fisiológicos gástricos que llegarían a la producción de la úlcera. También se ha afirmado que la colitis es el resultado de impulsos anales y que el ataque de asma es equivalente a un grito de ansiedad o de rabia, inhibido y reprimido; etc. No nos corresponde entrar en más detalles; baste señalar que este conjunto de hipótesis no satisface los requerimientos del método científico, se apoya en un conocimiento elemental y a menudo erróneo de los mecanismos fisiopatológicos presentes en las enfermedades que pretenden explicar, y no han sido aceptados como válidos. No creo, por otra parte, que puedan descartarse. Requieren de más estudios que utilicen una metodología más científica y aprovechen los conceptos de multicausalidad, heterogeneidad de los síndromes y teorías generales de sistemas.

VII. ¿Qué decir ahora del padecer médico como discurso?

La respuesta a esta pregunta ha sido dada en el inciso II. Conviene añadir lo siguiente: es obvio que el aprendizaje social acepta los vocabularios que las personas utilizan para exhibir sus malestares, así como la orientación que siguen para buscar ayuda. Es lógico esperar que individuos procedentes de grupos sociales en donde la expresión de los síntomas y la solicitud de ayuda es permitida e incluso favorecida, tenderán a hacerlo, sobre todo cuando se hayan sometido a situaciones de “stress”. En cambio, en contextos culturales en los que se reprueba la expresión de quejas, las personas que experimentan malestar tenderán a buscar otras alternativas. El anglosajón, educado desde niño a comportarse ante el sufrimiento “como un hombre”, sin llorar y sin ser “marica”, no dejará de buscar ayuda,

pero lo hará utilizando síntomas físicos, no psíquicos. Por otra parte, los estudios de la consulta médica¹⁰ han hecho resaltar que los síntomas que el paciente presenta a menudo carecen de valor intrínseco, pues más bien son utilizados con el objeto de establecer una comunicación legítima entre el paciente y el médico. Sea porque en buena parte de la sociedad contemporánea existe una falta de comunicación entre humanos, una “conspiración de silencio”, sea porque al paciente le es difícil presentar su problemática al desnudo, so pena de exponer sus debilidades y vulnerabilidades, el paciente busca, a través del médico, y con el pretexto del síntoma, la posibilidad de obtener apoyo y comprensión de una manera socialmente aceptable.

Hay otro aspecto que ilumina las relaciones entre el discurso y los síntomas: nos referimos a la posesión o no de un vocabulario de padeceres psicológicos. Los pacientes que lo poseen y están dispuestos a emplearlo, tenderán a quejarse abiertamente de infelicidad, frustración, insatisfacción, angustia, etc. Los que no lo tienen presentan al médico un conjunto de síntomas físicos vagos y difusos. Los pacientes que expresan padeceres psíquicos a través del lenguaje de los síntomas físicos son, generalmente, de bajo nivel educacional o proceden de grupos culturales en los que se inhibe la expresión de síntomas emocionales. Sufren dificultades graves en su vida y “stress” social pero la subcultura a la que pertenecen no les permite la legítima expresión de sus sufrimientos ni responde a sus peticiones de ayuda cuando los expresan. No es de extrañar que busquen, inconscientemente, el camino vicariante del lenguaje visceral utilizando síntomas que existen de continuo o que son concomitantes con su padecer emocional.

Una nota breve con la que deseo finalizar mi presentación consiste en el comentario de que el lenguaje de los síntomas ha invadido otros lenguajes. Términos y expresiones como: melancolía (bilis negra), cólera (derrame de bilis), flemático (de flema, una de los cuatro humores), “no

lo trago”, es “nauseabundo”, “es un verdadero dolor de cabeza” y tantos y tantos más ejemplifican ampliamente este hecho.

REFERENCIAS

1. Wartowsky MW. Medicine and knowledge, Editorial The Journal of Medicine and Philosophy, 3:265, 1978.
2. Lain Entralgo P. Historia de la Medicina. Salvat, Barcelona, 1978.
3. Martínez Cortes, I. Historia Médica y Entrevista Clínica. Medicina del Hombre en su Totalidad. México, 1979.
4. Fast J. Body Language. Nueva York. Evans CO, 1970.
5. Darwin CR. La Expresión de las Emociones en el Hombre y en los Animales. Buenos Aires. Sos. Ediciones Mundiales, 1967.
6. Lange F. El lenguaje del Rostro. Cuarta ed. Barcelona, Luis Miracle, 1965.
7. Kleiman A, Eisenberg L, Good L. Culture, Illnes and Care. Ann Int Med 88:251, 1978.
8. Álvarez HL. La Enfermedad y la Cosmovisión en Hueyapan, Mor., tesis. México, 1981.
9. Barrios M. Textos de Hueyapan, Mor., Tlalocan III: 1-53-75, 1949.
10. Mechanic D. Social, Psychological Factors Affecting the presentation of bodily complaints. N Engl J Med 286:1132, 1972.
11. Schacheter S, Singer JI. Cognitive Social and Physiological determinants of emotional state. Psychol Rev 9: 379, 1962.
12. Zboronuski M. Cultural components in responses to pain. 1. Soc. Issues 8:16, 1952.
13. Jinich H y Ramos C. Trastornos funcionales del aparato digestivo. Rev Investig Clin 9:483, 1957.
14. Stoeckle J, Zola IK, Davidson G. The quantity and significance of psychological distress in Medical patients. J Chronic Dis 17:959, 1964.
15. Martínez Cortés F. ¿Sirve para algo la Historia de la Medicina? Edit del Seminario La medicina del Hombre en su Totalidad. México, 1981
16. Platodov K. La palabra como factor fisiológico y terapéutico. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras, 2a ed. 1958.
17. Fenichel O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. WW Norton, New York 1945, Pág. 216.
18. Freud S. The Etiology of Histeria. Collected Papers. Vol. I.
19. Balint M. The Doctor, his Patient and the illness. New York: International Universities Press, 1957.