

# Comunicación intercultural y la consulta médica en pacientes wixaritari (huicholes): un elemento a considerar dentro del patrimonio biocultural

SAÚL SANTOS GARCÍA\*

KARINA IVETT VERDÍN AMARO\*

**M**éxico es un país con una gran riqueza cultural y lingüística. A pesar de numerosos intentos por homogenizar a la sociedad mexicana, en nuestros días se reconocen oficialmente once familias lingüísticas, con 68 agrupaciones lingüísticas y el número de variantes excede por mucho esta cifra: 364.<sup>1</sup> Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010,<sup>2</sup> 6 695 228 personas de cinco años y más hablan alguna lengua indígena (6.5 % de la población total mayor de cinco años). De acuerdo con la ley, las lenguas habladas por estas personas tienen el reconocimiento de lenguas nacionales, pero en la realidad su uso para propósitos oficiales resulta en extremo limitado.

Basta echar un vistazo a la forma en que operan los servicios médicos en contextos de población indígena para apreciar la dispa-

\* Universidad Autónoma de Nayarit.

<sup>1</sup> INALI, "Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas", en *Diario Oficial de la Federación*, 14 de marzo de 2008.

<sup>2</sup> INEGI, *Censo de Población y Vivienda 2010*.

ridad entre lo que está escrito en la ley y lo que ocurre en la realidad. La oferta de servicios médicos es limitada, y se encuentra constreñida por barreras culturales y lingüísticas. En consecuencia, es posible observar que hay una alta incidencia de problemas relacionados con la salud entre grupos indígenas que se han podido prevenir y tienen un bajo impacto en comunidades rurales no indígenas; tal es el caso de enfermedades infecciosas de varios tipos, envenenamiento causado por picadura de alacrán, partos de alto riesgo, cáncer, uso incorrecto de herbicidas y pesticidas, así como altos niveles de desnutrición.<sup>3</sup>

Desde hace varios años, la Secretaría de Salud reconoce que la falta de incorporación de la cosmovisión de los pueblos indígenas con respecto a la salud, a la enfermedad, a la vida y a la muerte en los programas oficiales se refleja en la incidencia de enfermedades prevenibles y el bajo impacto de programas de salud. Por ello, en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 el gobierno de México promovió por primera vez un enfoque intercultural de salud, en el cual se esperaba observar cambios pertinentes tanto en la estructura como en los mecanismos de operación de las diferentes entidades involucradas en la oferta de servicios médicos a la población indígena del país. Se esperaba mejorar el impacto clínico promoviendo en el personal de salud el conocimiento y comprensión de la cosmovisión y cultura indígena. Sin embargo, este mismo enfoque se sigue impulsando todavía en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, sin que sea posible ver cambios sustanciales en la atención a la salud de los pueblos indígenas.

Creemos que entender la cosmovisión de los pueblos indígenas con respecto a la salud y la enfermedad es un paso fundamental hacia un sistema de salud intercultural; sin embargo, los asuntos de comunicación intercultural<sup>4</sup> juegan un papel preponderante en el

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Nutrición*, 2001.

<sup>4</sup> En esta investigación asumimos que las reglas que gobiernan el uso del lenguaje en contexto pueden variar de cultura en cultura y de idioma en idioma, y que si los participantes en un evento comunicativo que pertenecen a culturas diferentes (y que están utilizando una *lengua vehicular*) no entienden estas diferencias, la comunicación puede no ser efectiva (debido a errores pragmáticos); S. Blum-Kulka y E. Olshtain, "Requests and Apologies. A Cross-cultural Study of Speech Act Realization Patterns (CCSARP)", en Z. Hua (ed.), *The Language and Intercultural Communication Reader*, 2011, pp. 135-151. Se ha demostrado, por ejemplo, que errores pragmáticos de hablantes de un segundo idioma se deben a diferencias interculturales en las reglas de realización de actos del discurso; H. Widowson, *Teaching Language as Communication*, 1978.

impacto que pueda tener este programa. Las creencias, valores, preferencias, comportamiento y expectativas de los pacientes respecto a los servicios médicos (lo cual incluye involucrarse en las decisiones médicas, adherencia al tratamiento, relación con el médico y satisfacción) difieren de acuerdo con la filiación étnica, clase social, lengua y nivel de alfabetización del paciente.<sup>5</sup> Las investigaciones muestran que lo que el médico hace, dice, deja de hacer o deja de decir en relación con las decisiones médicas está influenciado por sus percepciones del paciente y esta percepción depende, en gran medida, de su filiación étnica, su lengua y su grado de alfabetización.<sup>6</sup> Es decir, las variaciones en patrones de comportamiento por parte de minorías culturales y las interpretaciones de estos patrones por parte de los prestadores de servicios médicos juegan un papel preponderante en las disparidades en la provisión de servicios de salud en contextos multiculturales,<sup>7</sup> pues influyen en la toma de decisiones tanto de los pacientes como de los prestadores de servicios médicos y entre las interacciones que se establecen entre éstos. Estas variaciones pueden incluir el reconocimiento de síntomas y la habilidad para comunicarlos, la habilidad para entender la naturaleza del tratamiento, expectativas de cuidados, así como la adherencia a medidas y medicamentos preventivos o curativos.<sup>8</sup>

En este artículo presentamos un análisis de la comunicación durante la consulta médica que ocurre entre profesionales de la salud mestizos y pacientes indígenas. La investigación tiene como propósito: 1) comparar patrones de comunicación durante la consulta médica entre profesionales de la salud mestizos al atender pacientes mestizos y pacientes indígenas; 2) identificar patrones de comunicación durante la “limpia” a pacientes wixaritari.

<sup>5</sup> R.L. Johnson, D. Roter, N. Powe & L.A. Cooper, “Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits”, en *American Journal of Public Health*, vol. 94, núm. 12, 2004, pp. 2084-2090; Cooper, L. y D. Roter, “Patient-Provider Communication: The Effect of Race and Ethnicity on Process and Outcomes of Healthcare”, en B. Smedley, A. Stith y A. Nelson (eds.), *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, 2003, pp. 552-580.

<sup>6</sup> B.D. Smedley, A.Y. Stith, y A. R. Nelso, *Unequal Treatment. Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, 2003.

<sup>7</sup> M.E. Gornick, “Disparities in Medicare Services: Potential Causes, Plausible Explanations and Recommendations”, en *Health Care Financing Review*, vol. 21, núm. 4, 2000, pp. 23-43.

<sup>8</sup> J.R. Betancourt, A. R. Green, J. E. Carrillo y O. Ananeh-Firempong, “Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care”, en *Public Health Reports*, vol. 118, núm. 4, 2003, p. 294.

La investigación reportada muestra que:

1. Existen diferencias en los patrones de comunicación durante la consulta médica entre profesionales de la salud mestizos atendiendo a pacientes mestizos y pacientes indígenas (en concreto wixaritari o huicholes).
2. Estas diferencias se pueden explicar en términos de diferencias en las expectativas de lo que debe ocurrir durante la consulta médica entre pacientes wixaritari y prestadores de servicios médicos.

El estudio se llevó a cabo en tres partes: la primera buscaba establecer una comparación entre los patrones de comunicación durante la consulta médica entre profesionales de la salud mestizos cuando atienden a pacientes mestizos y profesionales de la salud mestizos cuando atienden a pacientes indígenas (wixaritari o huicholes).<sup>9</sup> El análisis de la consulta cuando el profesional de la salud y el paciente son mestizos, se realizó a partir de las transcripciones de 30 consultas médicas entre médicos y pacientes mestizos en un hospital urbano en la ciudad de Guadalajara. Este *corpus* fue compilado por Carbajal<sup>10</sup> para un estudio diferente. Para llevar a cabo el análisis de la consulta donde el profesional de la salud es mestizo y el paciente es indígena, uno de los investigadores estuvo presente en 15 consultas médicas entre enero y junio de 2010, en un hospital urbano de la ciudad de Tepic que atiende pacientes indígenas, pero no se permitió hacer grabaciones.

La segunda parte buscaba analizar patrones de comunicación entre pacientes y curanderos wixaritari durante una "limpia". Este análisis fue de carácter más etnográfico y se apoyó en la observación directa durante actos de "limpia" y descripción de este tipo de eventos por parte de miembros de la comunidad wixárika, así como múltiples entrevistas llevadas a cabo de julio a diciembre de 2010.

Finalmente, para identificar las expectativas con respecto al evento comunicativo de la consulta, se entrevistó a 20 prestadores de servicios médicos: siete médicos y diez enfermeras en un hospital urbano en la ciudad de Tepic que atiende a población indígena

<sup>9</sup> Resultados de este análisis fueron publicados en Saúl Santos y Karina Verdín, "Intercultural Communication Issues During Medical Consultation: the Case of Huichol People in Mexico", en *Cuadernos Interculturales*, vol. 17, núm. 2, 2011, pp. 257 -274.

<sup>10</sup> A. Carbajal, "Análisis del discurso médico: la argumentación en la consulta pública", tesis, 2010.

(enero-junio de 2010), así como a dos médicos mestizos y una enfermera wixárika en una clínica rural ubicada en una comunidad indígena (julio-diciembre de 2010). También fueron entrevistados 20 pacientes wixaritari en ocasiones múltiples: diez en un hospital urbano y diez en una clínica rural. De los pacientes de la clínica rural, nueve eran bilingües wixárika-español y uno monolingüe wixárika. Las entrevistas se realizaron entre junio y diciembre de 2010. Esta parte del análisis fue complementada con observaciones y conversaciones informales que han surgido de la convivencia con miembros de este grupo, tanto en Jalisco como en Nayarit, desde 2008, como consecuencia de investigaciones en que han participado los autores de este artículo. De igual manera, el acercamiento con el pueblo wixárika nos ha permitido entender aspectos de su cosmovisión con respecto a la salud.

## **El programa de salud intercultural**

En el marco del Programa Nacional de Salud 2007-2012, la Secretaría de Salud se propone impulsar las condiciones para consolidar mecanismos que garanticen el desarrollo de servicios de salud “culturalmente competentes”, que respondan a las expectativas de los usuarios con el propósito final de “reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”.<sup>11</sup>

La Secretaría de Salud reconoce que para lograr la equidad en la prestación de servicios médicos es necesario conocer las diferencias étnico-raciales, así como identificar los elementos que explican las disparidades en la situación de la salud de individuos pertenecientes a grupos minoritarios, como es el caso de los pueblos indígenas.

Además, acepta no conocer cabalmente las condiciones de salud reales en muchas de las micro-regiones, pero sabe que existe una mayor mortalidad en las comunidades indígenas en comparación con las del resto de la población. Por ejemplo, un dato que se da a conocer en el documento “Atención a la salud de los pueblos indígenas de México” de esa secretaría es que en las regiones con población cora,

<sup>11</sup> Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, p. 18.

tarahumara y wixárika, el porcentaje de mortalidad en niños menores de 5 años es de 89, 95 y 100 por cada mil nacidos vivos.<sup>12</sup>

En este mismo documento se reconoce que la discriminación en el plano de la salud opera en función de formas: *a*) dificultad de acceso a los servicios; *b*) baja calidad de los servicios disponibles; *c*) desconocimiento de la singularidad cultural de la población indígena.

Para acortar esta brecha de disparidad en la prestación de servicios médicos, la Secretaría de Salud propone impulsar una política integral para la atención de los pueblos indígenas que opera bajo los siguientes principios: rectoría, acceso eficaz, información, participación social, respeto a la diversidad, derechos humanos y equidad de género. De especial interés para este trabajo es el principio de información, pues estipula que: “Los procesos de información deberán fomentar el conocimiento y ejercicio (fortalecimiento de las capacidades) de los usuarios respecto a sus derechos a la salud, permitiendo ejercer sus derechos y demandar servicios de calidad y una relación horizontal con los prestadores de servicios”.<sup>13</sup>

Para tal efecto señala que emitirá mensajes (en lenguas originarias) y capacitará al personal de salud en el uso de las lenguas indígenas en regiones multiculturales; diseñará e instrumentará una política de capacitación para ampliar el conocimiento de las medicinas tradicionales y complementarias entre los prestadores y usuarios de los servicios de salud; promoverá el uso de las lenguas indígenas en las unidades de salud ubicadas en las regiones indígenas; producirá diccionarios de palabras y de frases comunes en lenguas locales que facilite la comunicación entre el personal de salud y los pacientes indígenas, y promoverá programas para la enseñanza de lenguas indígenas dirigidos al personal de salud.

Las acciones planteadas en ese documento son necesarias; sin embargo, es importante enfatizar dos elementos que no son tomados en cuenta, y dan motivo a la realización de la investigación que aquí se presenta:

1. Si bien las culturas mesoamericanas comparten ciertos rasgos en cuanto a la medicina tradicional, cada pueblo tiene su propia forma de explicar los procesos relacionados con la vida, la muerte, la salud,

<sup>12</sup> Secretaría de Salud, *Atención a la salud de los pueblos indígenas de México*, p. 10.

<sup>13</sup> *Ibidem*, p. 15.

la enfermedad. Es necesario llevar a cabo investigaciones que den cuenta de estas cosmovisiones.

2. Utilizar la lengua indígena durante los procesos de prestación de servicios es una condición ideal, pero en muchos contextos la idea de entrenar al personal de salud en el desarrollo de competencia comunicativa en lenguas indígenas puede no ser realista; en principio, porque muchos centros de salud atienden a población perteneciente a distintos grupos étnicos que hablan distintas lenguas, por lo que el personal tendría que desarrollar competencias comunicativas en más de una lengua indígena.

La comunicación intercultural implica más que simplemente cambiar de código, por lo que consideramos que es necesario, además de lo planteado en el documento para la “Atención a la salud de los pueblos indígenas de México”, que el personal de salud reciba entrenamiento para llevar a cabo procesos comunicativos en contextos multiculturales.

### **La cosmovisión wixárika con respecto a la salud y la enfermedad**

Los wixaritari (plural de wixárika), mejor conocidos como ‘huicholes’, pertenecen al pueblo wixárika, uno de los más de 600 grupos indígenas que habitan en Latinoamérica. Se ubican en una de las zonas más aisladas de México, a ambos lados del cañón del río Chapalagana, en la porción meridional de la Sierra Madre Occidental, en los estados de Jalisco, Nayarit, Durango y Zacatecas.<sup>14</sup> Como los demás grupos originarios en México, los wixaritari presentan bajos niveles de educación, viven en áreas con poca accesibilidad y, en general, presentan grandes problemas socioeconómicos y de salud. Su lengua, wixárika, pertenece a la familia yuto-nahua. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, existen 47 625 hablantes de lengua wixárika de tres años y mayores,<sup>15</sup> lo que representa 0.69% de la población indígena en México. El porcentaje de hablantes monolingües de wixárika es de 16.27 por ciento.

<sup>14</sup> J. Neurath, *Huicholes. Pueblos indígenas del México contemporáneo*, 2003, p. 6; A. Gutiérrez del Ángel, *Las danzas del padre sol*, 2010, p. 29.

<sup>15</sup> INEGI, *op. cit.*

Para los wixaritari, la cosmovisión ocupa un lugar esencial en la legitimización de las prácticas y recursos naturales de la salud tradicional.<sup>16</sup> Más que pensar en salud y enfermedad, la concepción wixárika del mundo tiene que ver con lo que llaman un “estado de equilibrio”. El estado de equilibrio consiste en mantener una relación armónica con sus antepasados y su entorno, lo que traerá por consecuencia *‘aixtia nepereu ‘erie*: la sensación de bienestar, de ser un sujeto funcional, activo y productivo. Lo contrario es *nepereu kuye*. Aunque el estado de bienestar es muy parecido al concepto occidental de salud,<sup>17</sup> el estado de desequilibrio difiere del concepto occidental de enfermedad,<sup>18</sup> puesto que para los wixaritari afecta no sólo al individuo sino a toda la comunidad. Más que ser un peligro para el cuerpo o alguna parte de éste, es una amenaza para el espíritu y para la estabilidad de la propia cultura.<sup>19</sup>

Este desequilibrio se manifiesta de manera mágica a través de la introducción de objetos extraños al cuerpo humano por diferentes razones. Dicho objeto puede ser un elemento inanimado cotidiano o religioso, o también un elemento animado, como animales.<sup>20</sup>

¿Cómo se altera o destruye este estado de equilibrio? De acuerdo con nuestros datos, resultado de conversaciones a lo largo de seis años con personas pertenecientes a la etnia wixárika, hemos podido identificar cuando menos tres causas para que se dé esta pérdida. En primer lugar, existe la creencia de que si uno o un miembro de la familia no se apega a “la costumbre”, no observa las fiestas, las hace de manera inadecuada o no cumple con una serie de ofrendas y rituales sagrados, los ancestros se ofenderán e impondrán un castigo.<sup>21</sup> El siguiente testimonio es un buen ejemplo de esta creencia:

<sup>16</sup> R. Bye Boettler, A. Aedo y P. Faba, *Listado florístico y etnobotánico de las plantas medicinales de los huicholes del río Chapalagana, Jalisco y del Nayar, Nayarit: informe final SNIB-CONABIO proyecto No. AE001*, 2005, p. 2.

<sup>17</sup> De acuerdo con la OMS, el concepto de salud consiste en un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

<sup>18</sup> La enfermedad occidental se caracteriza por una alteración del estado original de salud de un solo individuo y generalmente se focaliza a un órgano o a un sistema.

<sup>19</sup> K. I. Verdín Amaro, “Males ‘normales’ y males ‘puestos’ del pueblo wixárika: un análisis cognoscitivo”, tesis, 2012, p. 42.

<sup>20</sup> *Ibidem*, p. 43.

<sup>21</sup> J. L. Vázquez, “Práctica médica tradicional entre indígenas de la Sierra Madre Occidental: los huicholes”, en E. Menéndez y J. García (eds.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*, 1992, p. 95; S. J. Villaseñor y M. P. Aceves, “El concepto de ‘enfermedad mental’ entre los huicholes de Tuxpan de Bolaños”, en *Interpsiquis*, vol. 30, núm. 4, 2003, p. 76.

[...] hace unos años me puse muy enferma. Estaba en una comunidad muy lejana. Fui con un doctor y con otro, pero nadie me podía decir lo que tenía. Entonces decidí visitar al *mara'akame* de la comunidad en la que trabajaba y me dijo que mi problema se debía a que no había completado los cinco años de un ritual que llamamos *yuimakwaxa*. Yo no sabía, pues esa fiesta se celebra durante los primeros cinco años, así es que fui a mi pueblo y le pregunté a mi papá si era cierto. Me dijo que era cierto, así es de que fui de nuevo con el *mara'akame* y me dijo que tenía que completarlo. Me tuve que sentar junto con los niñitos, yo tenía 23 años. Dos de mis hijos estaban también participando en el *yuimakwaxa*. No me vas a creer, pero después de eso solita me curé.

Una segunda causa por la que se puede perder el equilibrio tiene que ver más con aspectos sociales, y está más relacionada con lo que conocemos como brujería o males puestos. Generalmente estos males son puestos por alguien que recibió cierto entrenamiento como *mara'akame*, pero que no lo terminó. Ser *mara'akame* implica un proceso largo de formación proporcionado por otros *mara'akate* (plural de *mara'akame*) y el desarrollo de habilidades de curación muy especializadas, así como la habilidad de la interpretación de los sueños, mientras que estas otras personas no requieren tales habilidades.<sup>22</sup> Alguien que quiere venganza o siente envidia de algún otro miembro de la comunidad busca el servicio de estas personas, y es así como aun cuando se haya cumplido con “la costumbre”, se puede adquirir una enfermedad. Esta forma de perder el equilibrio no tiene que ver con romper las tradiciones sagradas. La siguiente narración la hizo una mujer wixárika:

Despuesito de que me casé me empecé a sentir muy débil. No podía trabajar, ni hacer los quehaceres, ni siquiera pararme. Fui con un *mara'akame* y me dijo que tenía un mal puesto. Me dijo el nombre del disque *mara'akame* que me lo había puesto y el del señor que se lo había encargado. Lueguito me acordé que ese hombre, el que encargó el mal, quería que me fuera a vivir con él pero yo no quise. El *mara'akame* me dijo el lugar donde se había puesto el mal, por allá en una montaña, y tuve que ir allá y poner una ofrenda [...]

<sup>22</sup> S. J. Villaseñor, A.C. Lara, y M.P. Aceves, “La embriaguez de lo divino: un síndrome ligado a la cultura”, en *Investigación en Salud*, vol. VIII, núm. 1, 2006, pp. 16-22.

Una tercera causa de enfermedad es consecuencia del contacto accidental con una entidad física; en otras palabras, por estar en el lugar equivocado en el momento equivocado. En algunas ocasiones los animales (los wixaritari piensan que esos animales son en realidad *mara'akate*, que tienen la habilidad de convertirse en animales (nahuales)) pelean entre sí. No es una pelea física, sino de energía, descrita como “flechas” por los wixaritari. Si algún wixárika atraviesa un área donde se está llevando a cabo una pelea y es flechado, puede que se enferme. Esta enfermedad no se manifiesta de manera inmediata, pueden pasar semanas o meses, pero un *mara'akame* siempre puede rastrear el origen de la enfermedad. Esta identificación se da a través de una “limpia” en la que el *mara'akame* succiona el mal del cuerpo de la persona enferma. Se le pide al paciente que entierre la entidad extraída en el lugar en el que se adquirió el mal.<sup>23</sup> De manera similar, se cree que ciertas plantas y árboles tienen el poder de enfermar a las personas. Los wixaritari las conocen y tratan de evitar tocarlos, pero si por accidente los tocan, tienen que ejecutar ciertos rituales para recuperar la salud. La siguiente es la narración que nos regaló un joven estudiante universitario wixárika: “[...] hay unos árboles que no debes tocar. La gente lo sabe. Por ejemplo, hay uno que se llama *techuchan*. Si lo tocas, cinco o diez minutos más tarde, o una media hora cuando mucho te salen unas ronchas que te dan mucho comezón y la única forma de que se te quiten es haciendo tamales de ceniza. Los cuelgas en el árbol y le tiras pedradas. Aunque no lo creas, se te quita la comezón [...]”

Contrario a la idea de que los wixaritari aceptan las enfermedades o incluso la muerte con resignación, bajo el argumento de que uno recibe lo que merece,<sup>24</sup> nuestros datos muestran que se aferran a la esperanza de vida. Estar en estado de balance no es un asunto personal, sino social. Toda la familia o la comunidad trabajan juntos y ejecutan los rituales que se les indiquen para ayudar a recuperar el estado de equilibrio a quien lo haya perdido

Dadas las explicaciones sobre las causas de la enfermedad, la curación no depende de tomar medicamentos, sino de hacer las paces con los ancestros. La sanación se asocia más con ejecutar rituales

<sup>23</sup> En ocasiones, el objeto extraído es arrojado a una hoguera que se encuentra en el lugar en el que se realizó la limpia.

<sup>24</sup> S.J. Villaseñor *et al.*, *op. cit.*, 2006.

y oraciones, llevar ofrendas, abstinencia, ayunar, hacer alguna peregrinación a un lugar sagrado y sacrificar animales, entre otras cosas.

Hay que señalar que los wixaritari distinguen entre enfermedades nativas y enfermedades occidentales.<sup>25</sup> Los casos descritos arriba son parte de lo que consideran enfermedades nativas, por lo que la curación la ejecuta un *mara'akame*. Las visitas con el médico están más asociadas con las llamadas enfermedades occidentales o con accidentes, como torceduras o mordidas de alacrán. Incluso con enfermedades occidentales, si después de un tiempo no ven progreso, acuden al *mara'akame*.

Si bien entender la cosmovisión wixárika con respecto a la salud y enfermedad es crucial para el desarrollo de un programa de salud culturalmente sensible, es igualmente importante atender aspectos relacionados con la comunicación que se establece en contextos interculturales, como diferencias en las expectativas de lo que debe ocurrir en los patrones de la interacción interpersonal.

### **La consulta médica en dos contextos: ¿importa la filiación étnica?**

Como ya se indicó, un propósito de esta investigación es explorar patrones en la forma en que se establece la comunicación durante la consulta médica entre el médico mestizo y *a*) el paciente mestizo y *b*) el paciente wixárika. ¿Cómo es la consulta médica cuando tanto el médico como el paciente son mestizos? Iniciaremos nuestro análisis con una descripción de la superestructura<sup>26</sup> de este evento comunicativo. Los datos de Carbajal,<sup>27</sup> quien audio-grabó consultas médicas en un contexto donde tanto el paciente como el médico son

<sup>25</sup> J.L. Vázquez, *op. cit.*; A. Casillas, "The Shaman who Defeated *etsá* Sickness (Smallpox). Traditional Huichol Medicine in the Twentieth Century", en S.B. Schaefer y P. Furst, *People of the Peyote: Huichol Indian History, Religion, and Survival*, 1996, pp. 208-234; K.I. Verdín Amaro, *op. cit.*

<sup>26</sup> Una superestructura es un tipo de esquema abstracto que establece el orden global de un texto y que se compone de una serie de categorías, cuyas posibilidades de combinación se basan en reglas convencionales; T.A. van Dijk, *La ciencia del texto*, 1996, p. 144. Las superestructuras son independientes de su contenido (macroestructura).

<sup>27</sup> A. Carbajal, *op. cit.*

mestizos, muestran que la consulta médica toma en promedio 15 minutos, distribuidos en tres conexos<sup>28</sup> indicados en la tabla 1.

Tabla 1. Superestructura de la consulta entre un médico mestizo y un paciente mestizo.

Conexo 1	Llenado de un formato Preguntas generales
Conexo 2	Exploración del paciente de forma física y a través de preguntas
Conexo 3	El médico informa al paciente el diagnóstico; el informe puede incluir posibilidades de evolución de la enfermedad, posibles tratamientos, etcétera.

¿Es estructuralmente diferente la consulta médica cuando el paciente es wixárika? A partir de observaciones de consultas médicas entre médicos mestizos y pacientes wixaritari, se puede establecer que cuando menos a nivel de superestructura, éstas siguen un patrón similar al ya descrito, como se indica en la tabla 2.

Tabla 2. Superestructura de la consulta entre un médico mestizo y un paciente wixárika

Conexo 1	El médico hace preguntas con respecto al problema El paciente contesta las preguntas
Conexo 2	El médico revisa físicamente al paciente Puede haber interacción (médico pregunta, paciente responde)
Conexo 3	El médico obtiene un diagnóstico y receta un tratamiento El paciente puede hacer más preguntas, pedir aclaraciones, etcétera

¿Realmente son tan parecidas? ¿Se pueden apreciar patrones de comunicación similares en ambos contextos? La comunicación durante la consulta médica debe contribuir al desarrollo de la confianza del paciente. Esta confianza puede, a su vez, ayudar a que el paciente entienda el proceso de la enfermedad y a aceptar el diagnóstico y consecuentemente la adherencia al tratamiento. Las consultas médicas con pacientes mestizos que analizamos ponen de manifiesto algunas estrategias que el médico utiliza para ayudar a que el paciente desarrolle confianza. Por ejemplo, una estrategia empleada por el médico es la socialización con el paciente, como se muestra en el siguiente segmento, en el que mientras el médico revisa al paciente hace preguntas personales:

<sup>28</sup> Conexo es un par de acciones de dos personas que interactúan bilateralmente, de manera que cada acción se refiere respectivamente a la otra persona; T.A. van Dijk, *op. cit.*, p. 243.

Médico: "¿Te duele aquí?"

Paciente: "Sí, me ha estado molestando por algunos días."

(Médico: "Bien [...] ¿y a qué se dedica tu hija? [el médico hace la pregunta mientras revisa al paciente]").

Paciente: "Es veterinaria".

Médico: "¿Y le va bien?"

Paciente: "Sí, ya tiene cuatro años".

Médico: "Dios la bendiga [...] Ojalá todo siga así [...] Bien entonces... [el médico continúa con el interrogatorio sobre el dolor]".

Como se ve, el doctor inicia hablando sobre los síntomas; sin embargo, cuando empieza la revisión siente que necesita llenar espacios de silencio. De acuerdo con Jaworski,<sup>29</sup> en la cultura occidental se considera que el silencio no tiene significado, por lo que no contribuye a la conversación. Este espacio pudo haber sido llenado con preguntas respecto a los síntomas del paciente pero el médico decidió llenarlo con plática social. Creemos que esta conversación se utiliza no solamente como una forma de llenar un espacio de silencio, sino como una estrategia para establecer *rapport*, que a su vez, contribuye a la construcción de confianza. La interacción puede ser más personal, como se muestra en el siguiente segmento de conversación. Creemos que conversaciones con este tono son posibles sólo porque el médico y el paciente comparten valores culturales:

Médico: "Veo que está un poco triste ¿Cómo van las cosas? ¿Cree en Dios?"

Paciente: "Si le dijera [...] No creo en Él ni en nada".

Médico: "¿Ni en Él ni en nada?"

Paciente: "Es por todo esto que me ha pasado últimamente".

Médico: Mmh.

Paciente: "Me pregunto '¿Cómo puede ser posible?'"

Médico: "¿Qué Dios permita todo esto?"

Paciente: 'Que Dios me mande todo esto a mí'.

Médico: "Ya veo".

En las consultas médicas con pacientes wixaritari que analizamos, el médico no parece hacer un esfuerzo por establecer confianza, como se ilustra enseguida. Previo al siguiente segmento, el

<sup>29</sup> A. Jaworski, *The Power of Silence: Social and Pragmatic Perspectives*, 1992.

paciente es recibido por una enfermera, que es hablante de wixárika. La enfermera toma información personal del paciente y el motivo de la visita. Este encuentro toma lugar en wixárika. En seguida se pasa el paciente al consultorio de un médico que habla español. La enfermera le da un resumen al médico de la interacción previa y el médico procede inmediatamente con el siguiente interrogatorio:

Médico: “¿De qué color es el moco?”

Paciente: “Blanco”.

Médico: “¿Transparente o blanco? ¿Como el agua?”

Paciente: [el paciente afirma con la cabeza].

Médico: “¿Has tenido temperatura?”

Paciente: “Sí”.

Médico: “¿Eres alérgico a algún medicamento, que te dé comezón o sarpullido?”

Paciente: “No”.

[El médico revisa en silencio al paciente y le da una receta]

En estudios realizados en el contexto de Estados Unidos se ha encontrado que los pacientes de color y los hispanos reciben menos información, menos interacción social, y que la interacción es más corta y con mayor dominación verbal que con pacientes blancos de clase media.<sup>30</sup> Nuestras propias observaciones de consultas con pacientes wixaritari y médicos mestizos confirman estos hallazgos.

Otra diferencia identificada en los patrones de interacción es que con pacientes mestizos, el médico hace un esfuerzo por ayudarlo a entender el proceso de su enfermedad. En el siguiente segmento, el médico prescribe una medicina y le explica al paciente por qué debería seguir el tratamiento y las consecuencias de no hacerlo:

Médico: “Vas a tomar *Omeprazol* para que se alivie tu estómago”.

Paciente: “Sí”.

Médico: “¿Sí? *Omeprazol* [...] a ver, *Omeprazol* [...] vas a tomar una pastillita en la mañana y una en la noche, pero sólo por quince días, no más”.

Paciente: “Sí”.

<sup>30</sup> R.L. Johnson *et al.*, *op. cit.*; D. Frank *et al.*, “Primary Care Physicians’ Attitudes Regarding Race-based Therapies”, en *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25, núm. 5, 2010.

Médico: “[...] Acuérdate, el ácido juega un rol fundamental en el proceso de absorción de nutrientes”.

Paciente: “Sí”.

Médico: Si tomas *Omeprazol* todo el tiempo no habrá ácido en tu estómago, y tu estómago no va a absorber vitamina B1, vitamina B6, vitamina B12 [...]”

Paciente: “Mmh”.

Médico: “La próxima vez que te vea vas a tener un severo caso de anemia”.

Paciente: “Bueno, entonces la tomo sólo por dos semanas [...]”

Este tipo de información adicional es escasa en las interacciones con pacientes wixárika. Es más común encontrar interacciones como la siguiente: “Médico: ‘Vas a tomar estas medicinas. Vas a tomar estas tres veces al día y esta otra cinco veces al día. La primera te va a ayudar con la tos y la segunda con el dolor de cabeza y la fiebre. Cuidate y no salgas de tu casa en la noche porque hace frío?’”.

Aunque el médico explica para qué es la medicina, no proporciona detalles sobre cuándo se debe tomar ésta y por cuánto tiempo. Un detalle más sutil en esta interacción tiene que ver con el consejo que le da el médico al paciente al final. Para un paciente mestizo tiene sentido el consejo de no salir de la casa para no exponerse al frío; sin embargo, las casas wixaritari son frías y les entra el viento, por la forma en que están construidas, y el patio, que está afuera, es parte de la casa. Con frecuencia, si tienen frío en el cuarto, salen al patio a calentarse en la hoguera que se prende en el patio. Vemos, pues, que por una parte la interacción con el paciente wixárika es muy lacónica, quizá debido a que considera que no es capaz de entender el proceso de la enfermedad,<sup>31</sup> y, por otro lado, aun cuando el médico intenta dar un consejo, asuntos interculturales interfieren con la eficacia de éste.

El análisis también mostró diferencias con respecto al involucramiento del paciente en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Datos del *corpus* de Carbajal<sup>32</sup> muestran evidencia de solicitudes de aclaración por parte del paciente, como se muestra en el siguiente segmento. En este ejemplo, el médico está recetando un nuevo medicamento:

<sup>31</sup> L. Cooper y D. Roter, *op. cit.*

<sup>32</sup> A. Carbajal, *op. cit.*

Paciente: "¿Diclofenaco? ¿Cómo me va a ayudar?"

Médico: "El Diclofenaco es como un mejoralote. ¿Conoces los mejores?"

Paciente: "Sí. Tengo muchos en casa, pero no me ayudan".

Médico: "No te ayudan [...] entonces, ¿has tomado otro analgésico?"

En este segundo ejemplo, el médico recetó al paciente varios medicamentos:

Paciente: "¿Los puedo tomar al mismo tiempo?"

Médico: "Claro, no hay problema".

Finalmente, en este ejemplo el paciente discute alternativas de tratamiento:

Médico: "Te estoy dando este medicamento para detener el vómito".

Paciente: "¿Me lo puede dar inyectado?"

Aun cuando sea a un nivel muy limitado, vemos que el paciente mestizo solicita aclaración o negocia el tratamiento o la medicina. Parece que los pacientes wixaritari tienen una actitud más sumisa, pues tienden a aceptar el tratamiento sin cuestionar, sin que esto signifique que se vayan a apegar a éste.

Así, vemos que si bien en su nivel de superestructura la consulta médica cuando el paciente es mestizo y cuando es wixárika, es similar, un análisis en términos de la interacción que se establece entre el profesional de la salud y el paciente muestra diferencias importantes respecto a la forma en que el médico busca ganarse la confianza del paciente, a la información que recibe el paciente con respecto a su enfermedad (cómo el médico ayuda al paciente a entender su enfermedad) y el grado de involucramiento del paciente en cuanto al diagnóstico y tratamiento.

¿Por qué se dan estas diferencias en el manejo de la comunicación dentro de la consulta médica? Investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos revelan que, entre otros factores, la filiación étnica juega un rol fundamental en la adopción de actitudes sesgadas durante la consulta médica.<sup>33</sup> Los grupos indígenas en México, al igual

<sup>33</sup> K. Schulman *et al.*, "The Effect of Race and Sex on Physicians' Recommendations for Cardiac Catheterization", en *New England Journal of Medicine*, vol. 340, núm. 8, 1999, pp. 618-626; K. Weisse *et al.*, "Do Gender and Race Affect Decisions about Pain Management?", en *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, núm. 4, 2001, pp. 211-217.

que mucha gente de origen latinoamericano y africano en Estados Unidos, constituyen minorías segregadas: socioeconómicamente presentan desventajas, tienen bajos niveles de educación y viven en áreas con grandes amenazas ambientales. Las investigaciones revelan que todas estas características son fuentes de sesgos en la provisión de servicios médicos.

No estamos diciendo que necesariamente se trate de un asunto de discriminación racial; más bien, la falta de entrenamiento del personal de salud en cuestiones de comunicación intercultural puede llevar a malentendidos entre el profesional de la salud y el paciente durante la consulta médica.

Por ejemplo, una causa de malentendidos en la comunicación intercultural son las diferencias en las expectativas con respecto a la participación verbal y uso de pausas durante la interacción. Desde una perspectiva occidental, hablar señala poder, liberación o cultura, mientras el silencio nada señala,<sup>34</sup> pero esto no es universal. Las expectativas con respecto a la longitud de las pausas (silencio) juegan un rol importante en la actitud que tiene el médico hacia el paciente y viceversa.

Con frecuencia, los médicos describen a los pacientes wixaritari como muy callados, es decir, que usan pausas muy largas durante la comunicación. A primera vista, a partir de la observación de consultas médicas que llevamos a cabo, se puede concluir que, en general, los pacientes wixaritari son muy tímidos y callados: difícilmente responden a las preguntas del médico, y cuando lo hacen es a través de respuestas monosilábicas. Durante las entrevistas, algunos médicos estuvieron de acuerdo con este estereotipo e incluso sugirieron que desde su punto de vista los pacientes wixaritari eran groseros y no les gustaba cooperar. El siguiente segmento de entrevista, llevado a cabo con un médico que trabaja en una clínica que atiende a población indígena, ilustra claramente esta percepción:

Entrevistador: “¿Tiene problemas de comunicación con sus pacientes?”

Médico: “Sí, todo el tiempo. El otro día, por ejemplo, una señora joven vino al hospital con su bebé en brazos. Se sentó ahí [apuntando a una banca], callada, sin decir palabra. Yo le pregunté que cuál era el problema. No me respondió. Le pregunté que si su hija estaba mal. Callada, se quedaba así [el médico puso su cuerpo encorvado y su cabeza vien-

<sup>34</sup> G. Stainer, *Language and Silence: Essays on Language, Literature and the Inhuman*, 1998.

do hacia abajo]. Le pregunté la edad de la niña. Nada, no me respondía. ‘¿Cuándo nació el bebé?’ Entonces me enojé y le dije que no era adivina y que no podía adivinar el problema de su hija, pero no me contestó. Perdí la paciencia y empecé a hacerle preguntas más directas: ‘¿tu niña escurre moquito?’ Sólo afirmó con la cabeza. Le hice otras preguntas relacionadas con la gripa y sólo movía la cabeza. Estoy segura de que si le hubiera preguntado que si tuvo un infarto me hubiera dicho que sí [...] la quería matar porque no hablaba [...]

En la práctica, los médicos parecen actuar con este estereotipo en mente, pues se dirigen a sus pacientes a través de expresiones cortas, en ocasiones incluso con ajustes gramaticales inusuales, pronunciadas extremadamente lentas y un volumen más alto del normal. La siguiente es la reconstrucción de una interacción en español entre un médico, hablante nativo de español, y un paciente hablante nativo de wixárika.

Médico: ¿En qué puedo ayudarte?

[No hay respuesta del paciente; el médico espera alrededor de un minuto; entre tanto, empieza a revisar al paciente]

Médico: “¿Tú-entiendes-español?”

Paciente: [Pausa de alrededor de 30 segundos] “Sí”.

Médico: “¿Hablas-español?”

Paciente: [Pausa de alrededor de 10 segundos] “Sí”.

Médico: “Por qué —estás-aquí? ¿Por qué -viniste?”

Paciente: [Pausa de alrededor de 30 segundos] “Me siento mal”.

Médico: “¿Exactamente- qué-sientes?”

Paciente: [No hay respuesta verbal; el paciente se toca el estómago].

Médico: [El médico le toca el estómago al paciente y le pregunta] “¿Duele?”

La entrevista continúa con un diálogo en el que el médico pregunta al paciente los síntomas específicos utilizando preguntas de tipo ‘sí-no’. Las largas pausas y las respuestas silábicas del paciente parecen hacer pensar al médico que el paciente no entiende el español cabalmente, por lo que decide regular su discurso. Cuando no se cubre la expectativa del médico respecto al curso que debería tomar la interacción durante la consulta (por ejemplo, con respecto a la toma de turnos y el uso de pausas), éste puede ejercer juicios de valor con respecto al paciente: que no está cooperando o que no

entiende español y, en consecuencia, como hemos ilustrado, puede cambiar su estrategia de comunicación, por ejemplo, hablando más pausadamente y más fuerte, o simplemente restringirse a hacer preguntas y dar la receta, sin mayor involucramiento. ¿El paciente realmente carece de la competencia para comunicarse? Con respecto a esta paciente en particular, tuvimos la oportunidad de platicar con ella durante dos semanas que permaneció hospitalizada acerca de diferentes temas. Durante la tercer visita terminamos hablando de su problema de salud y para nuestra sorpresa, sin necesidad de interrogatorios, nos explicó los síntomas que había venido experimentando.

Scollon<sup>35</sup> encontró que las diferencias percibidas en tiempo durante la toma de turno tienen un impacto en juicios interpersonales en ambos interlocutores (por ejemplo, pueden desarrollar actitudes negativas entre sí).

A primera vista parece que el paciente wixárika no coopera durante la interacción. Sin embargo, después de haber trabajado en comunidades wixaritari por varios años sabemos que no es así. Silencios y largas pausas durante los turnos en una conversación son comunes. Pausas largas y el silencio juegan roles importantes (silencio atributivo). Jaworski,<sup>36</sup> por ejemplo, afirma que el silencio atributivo tiene cinco funciones: para ejercer juicio, afectivo, para unir, revelador y activador. Ninguna de estas funciones parece explicar el silencio que presenciamos en las consultas médicas.

Otra causa de malentendidos es la aparente falta de involucramiento en todo el proceso por parte de los pacientes wixaritari. Las investigaciones muestran que pacientes de minorías étnicas tienden a tener poco involucramiento en las decisiones médicas.<sup>37</sup> Estas investigaciones también muestran que con frecuencia los pacientes que pertenecen a minorías étnicas están menos inclinados a demandar una atención de primera. Esto puede ser interpretado por el médico como una actitud negativa, como falta de cooperación por

<sup>35</sup> R. Scollon, "The Machine Stops", en D. Tannen y M. Saville-Troike (eds.), *Perspectives on silence*, 1985.

<sup>36</sup> A. Jaworski, *op. cit.*

<sup>37</sup> L. Cooper *et al.*, "Race, Gender and Partnership in the Patient-Physician Relationship", en *Journal of the American Medical Association*, núm. 6, 1999, pp. 583-589; S. Saha *et al.*, "Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health Care", en *Archives of Internal Medicine*, vol. 158, núm. 9, 1999, pp. 997-1004.

parte del paciente, reforzando el estereotipo de que estos pacientes tienen bajas expectativas, capacidades limitadas o deseos poco claros.

Sin embargo, esta falta de involucramiento también puede ser atribuida a estereotipos preconcebidos que tiene el prestador de servicios médicos acerca de ciertos grupos étnicos.<sup>38</sup> Estos estereotipos pueden influenciar las creencias, expectativas y actitudes del prestador de servicios médicos.<sup>39</sup> En otras palabras, la impresión, creencias, actitudes que tenga el prestador de servicios médicos con respecto al paciente tiene implicaciones para el servicio que ofrece.

### Un asunto de comunicación intercultural

Más que un problema de insuficiente competencia comunicativa, de falta de interés o reticencia por parte del paciente, estamos ante un problema de comunicación intercultural: se asume que el médico y el paciente comparten las mismas expectativas con respecto al género de la consulta médica y que proceden en líneas similares de interpretación; el hecho de que el paciente no proceda de la forma en que el médico espera que proceda es interpretado como limitaciones en la competencia lingüística o como un acto de descortesía —renuencia a cooperar—.<sup>40</sup> Gumperz<sup>41</sup> afirma que los hablantes proceden en líneas similares de interpretación sólo en la medida en que comparten antecedentes culturales.

¿Cuánto se comparte con respecto a las expectativas de la consulta médica entre un médico mestizo y un paciente wixárika? Analizar lo que ocurre entre un *mara'akame* (chamán) y un paciente wixárika durante una limpia es una posible línea de explicación para aclarar esta pregunta. De ninguna manera se está sugiriendo que la limpia y la consulta médica sean equivalentes. La razón por la que se menciona la limpia es porque para el paciente wixárika ésta puede ser un referente importante para la consulta médica como evento comunicativo, y las expectativas de lo que debería ocurrir en el

<sup>38</sup> L. Cooper y D. Roter, *op. cit.*

<sup>39</sup> M. van Ryn y J. Burke, "The Effect of Patient Race and Socioeconomic Status on Physicians' Perceptions of Patients", en *Social Science Medicine*, vol. 50, núm. 6, 2000, pp. 813-828.

<sup>40</sup> K. Hyland, "Genre: Language, Context, and Literacy", en *Annual Review of Applied Linguistics*, vol. 22, 2002, pp. 113-135.

<sup>41</sup> J. B. Gumperz, *Discourse Strategies*, 1982.

consultorio en términos de quién habla, cuándo y acerca de qué (*scripts*, marcos o esquemas).

En seguida presentamos una descripción que resume lo que ocurre durante una consulta con un *mara'akame*. Estos eventos generalmente ocurren en wixárika, aunque con frecuencia pueden llevarse a cabo en español.

Después de ofrecer saludos, el paciente y él o los que lo acompañan le explican al *mara'akame* el asunto que los trae. Es común que no se hable precisamente de síntomas, se puede hablar de cosas que el paciente ha hecho en días recientes, a dónde fue, por dónde anduvo, a quién visitó, a quién se encontró o con quién habló. Durante esta etapa el *mara'akame* permanece callado. Escucha atentamente y en ocasiones simplemente afirma con la cabeza.

Una vez que el paciente ha explicado el problema en detalle, se le pide que se acueste sobre una superficie plana —una cama, una mesa, el piso— y que permanezca callado. El *mara'akame* procede a ejecutar la limpia utilizando un muwieri (vara sagrada). Aunque la limpia abarca todo el cuerpo, se concentra en la parte asociada con la “enfermedad”. A esta altura de la limpia, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, el *mara'akame* permanece callado, entona algún canto ritual o inicia una “pelea” con quien haya causado la enfermedad. Como parte del ritual, y dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, el *mara'akame* extrae el mal, que puede tener la forma de una semilla, una piedra, un pedazo de madera, un animal, una hoja.

Después de ejecutar la limpia, el *mara'akame* explica al paciente la naturaleza del problema, mostrándole el objeto extraído (el cual debe ser arrojado al fuego) como evidencia y le indica lo que tanto el paciente como su familia deben hacer para completar el proceso de sanación. Estas indicaciones pueden incluir llevar una ofrenda a un lugar específico, llevar a cabo algún ritual, visitar un lugar sagrado, entre otras cosas.

La superestructura de la limpia muestra cierta similitud con la superestructura de la consulta médica, pues tiene también tres conexos, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Superestructura de una limpia

Conexo 1	El paciente explica el problema El <i>mara'akame</i> escucha
Conexo 2	El <i>mara'akame</i> ejecuta la limpia El paciente permanece callado
Conexo 3	El <i>mara'akame</i> explica al paciente y a su familia la naturaleza del problema y revela la acción requerida para el restablecimiento del equilibrio El paciente y su familia escuchan

Un análisis más detallado mostrará que existen diferencias fundamentales con lo que ocurre en cada uno de los conexos, con respecto a:

- Dominación verbal
- Contenido de la información
- Elementos no lingüísticos del evento comunicativo: el silencio.

### Dominación verbal

Iniciaremos esta parte del análisis con una comparación entre la cantidad de habla del médico y del *mara'akame* y una comparación entre la cantidad de habla del paciente y el “sanador” (ya sea médico o *mara'akame*).

Aunque no se llevaron a cabo medidas de audio-grabaciones con respecto a la comunicación entre el médico y el paciente, las observaciones nos permiten afirmar que la dominación verbal es distinta en los dos contextos descritos arriba.

La tabla 2 de arriba muestra que la consulta en el consultorio médico se lleva a cabo atendiendo al método socrático: el médico tiende a ser más activo verbalmente durante todo el proceso de la consulta, principalmente con expresiones que toman la forma de preguntas. La tabla 3, por su parte, muestra que el *mara'akame* tiende a hablar sólo hasta el final del proceso.

Las tablas 2 y 3 también muestran que las oportunidades para que hable el paciente ocurren en distintos momentos y que la cantidad de habla también varía entre ambos contextos. Mientras que en la consulta con el *mara'akame* el paciente es el que habla principalmente durante el primer conexo, en la consulta con el médico el paciente tiene oportunidades de hablar durante los tres conexos.

En términos generales se puede decir que el médico habla más que el paciente durante la consulta médica, pero que no es por falta de oportunidades por parte del paciente. ¿Por qué encontramos esas respuestas monosilábicas en los pacientes wixárika? Una posible explicación para este comportamiento hasta cierto punto tímido del paciente wixárika puede explicarse por el hecho de que, en principio, la interacción en el contexto del consultorio médico es asimétrica, pues el paciente se encuentra subordinado al médico.<sup>42</sup> Por ejemplo, el paciente se dirige al médico por su apellido, o por su título: “doctor” o “médico”, o “usted” mientras que el médico usa el nombre de pila del paciente o “tú”. En el caso del *mara’akame*, aunque hay cierto nivel de asimetría impuesta por el poder y autoridad del curandero, se tiene cierta solidaridad por el hecho de que ambos utilizan el nombre de pila (no el nombre bajo el cual están registrados sino el que les asignaron sus abuelos).<sup>43</sup> Esta solidaridad es reforzada por el hecho de que ambos comparten una cultura común. Consecuentemente, no sólo el paciente habla más que el *mara’akame* cuando está en el consultorio médico, sino que la comunicación es más fluida, incluso en situaciones en las que se utiliza el español.

Hasta ahora sólo hemos mostrado diferencias contextuales con respecto a cuándo y cuánto se habla. En seguida hablaremos sobre diferencias en cuanto al contenido de la interacción.

## Contenido de la interacción

Con respecto al contenido y el propósito de la interacción, podemos resaltar dos observaciones:

[...] en primer lugar, en la interacción entre el médico y el paciente wixárika el médico pregunta por los síntomas y él decide la información que es relevante y vital, pues es él quien formula las preguntas. Esto ocurre generalmente durante los conexos 1 y 2 de la tabla 2. En la interacción con el *mara’akame*, el paciente es quien está a cargo de la

<sup>42</sup> D. Tannen, “Rethinking Power and Solidarity in Gender and Dominance”, en C. Kramsch y S. McConnell-Ginet, *Text and Context. Cross-disciplinary Perspectives on Language Study*, 1992, pp. 135-147.

<sup>43</sup> S. Santos y T. Carrillo, “Teukarita: designación de nombres de persona entre los wixaritari y sus significados”, en C. Conti, L. Guerrero y S. Santos, *Aproximaciones a la documentación lingüística del huichol*, 2012.

descripción de los síntomas y él decide qué decir; esto ocurre durante el conexo 1. Las decisiones sobre qué decir en relación a lo que se necesita saber para llegar a un diagnóstico son permeadas por nuestro entendimiento de las causas de la enfermedad o del estado de desequilibrio, y cómo se corrige o alivia éste. Una perspectiva wixárika asume que ambos participantes en la interacción (paciente y *mara'akame*) comparten este conocimiento, por lo que el paciente está en la posición de decidir lo que es relevante; en cambio, en la perspectiva occidental, el médico es quien conoce las causas de la enfermedad y la forma de aliviarlas y el paciente está 'en la oscuridad', por así decirlo, con respecto a lo que es relevante para llegar a un diagnóstico.

En segundo lugar, el conexo 3 es fundamentalmente diferente en ambos contextos. En la interacción con el *mara'akame*, éste ofrece explicaciones que están en armonía con el sistema de creencias del paciente con respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el estado de equilibrio y desequilibrio, y le da instrucciones precisas al paciente sobre lo que hay que hacer. Es durante esta etapa que el *mara'akame* explica al paciente y a su familia la naturaleza del problema y el paciente sabe que el alivio depende de que obedezca las instrucciones (adherencia al tratamiento). El estereotipo del paciente wixárika durante la consulta descrito anteriormente impide que el médico establezca comunicación con el paciente que vaya más allá del chequeo e instrucciones generales del tratamiento. Hemos sugerido que el médico cuestiona la habilidad del paciente para entender el tratamiento recetado, y que no ve la razón para discutir con el paciente sus expectativas sobre la atención médica, ni sus preferencias por un tratamiento u otro. En consecuencia, se puede ver afectada la adherencia al tratamiento, como lo sugiere un estudiante de medicina en el siguiente segmento de entrevista: "[...] en muchos casos el paciente abandona el tratamiento. Lo hace porque algunas medicinas tienen algún efecto lateral: te dan dolor de cabeza, o dolor de estómago. El médico le debería advertir al paciente 'es posible que tengas estas reacciones'. Pero cuando el médico no le dice nada el paciente concluye que la medicina le está haciendo daño y deja de tomarla [...]"

### **Elementos no-lingüísticos de la interacción: el silencio**

Mucho se ha escrito sobre las pausas que ocurren entre turnos mientras un participante deja de hablar y otro reclama el derecho a ha-

blar.<sup>44</sup> Estas pausas juegan un papel fundamental en los juicios interpersonales sobre la competencia comunicativa. Por ejemplo, se ha encontrado que incluso pequeñas diferencias en tiempo en las pausas entre turnos puede llevar a que los participantes desarrollen actitudes negativas ante su interlocutor.<sup>45</sup> La investigación sobre el uso del silencio durante la conversación indica que la población indígena tiende a utilizar pausas y silencios de formas distintas a las culturas occidentales.<sup>46</sup> Desde la perspectiva de los navajos, por ejemplo, el silencio es una señal de respeto y cortesía. Para los wixaritari, la experiencia nos dice que una pausa larga indica que la persona está pensando seriamente antes de responder, como muestra de respeto y cortesía.

En las interacciones que se dan durante la consulta médica, la persona a cargo es quien formula las preguntas. Usualmente esta persona tiene el control, no sólo de la dirección de la entrevista, sino también del tiempo permitido para los silencios: la regla son sus propias expectativas acerca de la longitud apropiada de silencio entre pregunta y respuesta. A partir de nuestra experiencia de entrevistar a wixaritari durante casi seis años, sabemos que las pausas entre turnos tienden a ser significativamente más largas que las pausas que se dan en una conversación entre mestizos. Luego entonces, la expectativa del médico en el consultorio es que se den pausas mucho más cortas y como no se cumple esta expectativa, el médico decide continuar con la interacción o repetir la pregunta antes de que el paciente haya tenido la oportunidad de responder. En consecuencia, como un hablante “más veloz”, el médico termina hablando más que el paciente porque llega a la conclusión de que éste o bien no tiene nada que decir o es lingüísticamente incompetente.<sup>47</sup>

La interacción entre un médico y un paciente wixárika se puede describir como un *sistema de cortesía jerárquico*. En este sistema “los participantes reconocen y respetan las diferencias sociales que colocan a un interlocutor en una posición superordinada y al otro en una posición subordinada”.<sup>48</sup> Se dice que este sistema es asimétrico

<sup>44</sup> R. Scollon y S. W. Scollon, *Intercultural Communication*, 2001.

<sup>45</sup> R. Scollon, *op. cit.*

<sup>46</sup> M. Saville-Troike, “Cultural Maintenance and ‘Vanishing’ Languages”, en C. Kramsch y S. McConnell-Ginet, *Text and Context. Cross-disciplinary Perspectives on Language Study*, 1992, pp. 148-155.

<sup>47</sup> R. Scollon y S. W. Scollon, *op. cit.*

<sup>48</sup> *Ibidem*, p. 55.

porque los hablantes no utilizan las mismas estrategias de cortesía al hablar entre sí. En el contexto que hemos descrito aquí, el médico estaría utilizando “estrategias de involucramiento” al hablarle al paciente de forma paternalista y el paciente estaría utilizando “estrategias de independencia”, al hablarle al médico “con respeto”. Las pausas largas se asocian con estrategias de independencia y las pausas cortas con estrategias de involucramiento.<sup>49</sup> El sistema descrito arriba predice una diferencia en el uso de pausas entre ambos interlocutores.

Aunque de manera intrínseca la interacción entre un médico y un paciente (no necesariamente indígena) en un contexto occidental implica un sistema de cortesía jerárquico, las jerarquías se enfatizan si la longitud de las pausas de ambos interlocutores son en principio diferentes; luego entonces, debido a que los wixaritari tienden a utilizar pausas largas, hay una tendencia de que el sistema se oriente hacia uno jerárquico, aun sin que se lo propongan los participantes. Podemos contrastar este sistema con el que se establece entre el *mara'akame* y el paciente wixárika durante la limpia. La interacción en este contexto encaja más en lo que Scollon y Scollon llaman *sistema de cortesía defencial*. Hay una expectativa compartida con respecto al uso de pausas (es decir, ambos participantes esperan largas pausas) y de largos periodos de silencio. En otras palabras, ambos comparten el entendimiento de las características de este género por lo que proceden por líneas similares de interpretación. Esto hace que el sistema sea simétrico, pero a la vez distante, porque cada participante utiliza estrategias de independencia al dirigirse al otro.

## Conclusiones

En las secciones previas analizamos la interacción entre profesionales de la salud y pacientes con diferentes antecedentes culturales. Mostramos que los estereotipos que el profesional de la salud puede tener del paciente indígena influyen en los procesos de toma de decisión y en general en la interacción entre prestadores de servicios médicos y pacientes, contribuyendo a disparidades en la prestación del servicio médico.

<sup>49</sup> *Ibidem*, p. 75.

Hemos dicho que como respuesta a estas disparidades que se presentan en el contexto de la diversidad cultural del país, la Secretaría de Salud en México ha promovido un programa de salud intercultural para las minorías indígenas. Aunque bien intencionado, el programa tiene ciertas limitantes porque no considera el contexto social, histórico, cultural y religioso de cada pueblo indígena y no incorpora en sus programas de entrenamiento del personal asuntos relacionados con la comunicación intercultural.

A lo largo de este reporte se ha asumido que la comunicación efectiva entre profesionales de salud y pacientes tiene como resultado satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento y, en consecuencia, una mejor salud. Además, cabe aclarar que este resultado puede verse favorecido o desfavorecido, por otros aspectos en la interacción de la consulta, como la eficacia, la accesibilidad a los recursos de atención, el tipo de enfermedad, la cronicidad, entre otros. Sin embargo, para minimizar el potencial de conflictos en la comunicación se debe desarrollar un sistema de salud que sea interculturalmente sensible. Este sistema debe reconocer e incorporar —en todos los niveles— la importancia de las diferencias en patrones de interacción intercultural. Cabe aclarar, sin embargo, que para entender mejor la comunicación intercultural, es necesario enfocarse en las acciones que la gente lleva a cabo en las que las diferencias pueden ser una fuente de conflicto con respecto al poder y entendimiento. Pero las acciones sociales en general, y en particular los eventos comunicativos se basan en normas tácitas, normalmente actos subconscientes. Por lo que las normas que gobiernan un determinado evento comunicativo y las diferencias interculturales se deben hacer explícitas, no sólo para contribuir al conocimiento pragmático, sino para que sirva de insumo como material de formación: el entrenamiento del personal de servicios médicos en competencia intercultural debe promover no sólo un entendimiento de las influencias sociales y culturales en las creencias de los pacientes con respecto a la salud y la enfermedad, sino que también aspectos pragmáticos de la comunicación, como los descritos en este artículo.

Las investigaciones sobre contextos específicos de la interacción intercultural entre profesionales de la salud y pacientes son escasas en México. Esperamos que el presente reporte haya mostrado posibilidades metodológicas de observaciones sobre la comunicación intercultural.

## Bibliografía

- Betancourt, J.R., A.R. Green, J.E. Carrillo, y O. Ananeh-Firempong, "Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care", en *Public Health Reports*, vol. 118, núm. 4, 2003, pp. 293-302.
- Blum-Kulka, S. y E. Olshtain, "Requests and Apologies. A Cross-cultural Study of Speech Act Realization Patterns (CCSARP)", en Z. Hua (ed.), *The Language and Intercultural Communication Reader*, New York, Routledge, 2011, pp. 135-151.
- Bye Boettler, R.A. Aedo y P. Faba, *Listado florístico y etnobotánico de las plantas medicinales de los huicholes del río Chapalagana, Jalisco y del Nayar, Nayarit: informe final SNIB-CONABIO proyecto No. AE001*, México, UNAM, 2005.
- Carbajal, A., "Análisis del discurso médico: la argumentación en la consulta pública", tesis de maestría en lingüística aplicada, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 2010.
- Casillas, A., "The Shaman who Defeated *etsá* Sickness (Smallpox). Traditional Huichol Medicine in the Twentieth Century", en S.B. Schaefer y P. Furst, *People of the Peyote: Huichol Indian History, Religion, and Survival*, Albuquerque, University of New Mexico, 1996, pp. 208-234.
- Cooper, L. et al., "Race, Gender and Partnership in the Patient-Physician Relationship", en *Journal of the American Medical Association*, núm. 6, 1999, pp. 583-589.
- Cooper, L. y D. Roter, "Patient-Provider Communication: The Effect of Race and Ethnicity on Process and Outcomes of Healthcare", en B. Smedley, A. Stith y A. Nelson (eds.), *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Washington, D.C., National Academies Press, 2003, pp. 552-580.
- Dijk, T.A. van, *La ciencia del texto*, México, Paidós, 1996.
- Frank, D. et al., "Primary Care Physicians' Attitudes Regarding Race-based Therapies", en *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25, núm. 5, 2010, pp. 384-389.
- Gornick, M.E., "Disparities in Medicare Services: Potential Causes, Plausible Explanations and Recommendations", en *Health Care Financing Review*, vol. 21, núm. 4, 2000, pp. 23-43.
- Gumperz, J.B., *Discourse Strategies*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982.
- Gutiérrez del Ángel, A., *Las danzas del padre sol*, México, Miguel Ángel Porrúa, 2010.
- Hyland, K., "Genre: Language, Context, and Literacy", en *Annual Review of Applied Linguistics*, vol. 22, 2002, pp. 113-135.

- INALI, "Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas", en *Diario Oficial de la Federación*, 14 de marzo de 2008 (Sección 1: 31-78, Sección 2: 1-96, Sección 3: 1-112), disponible en [[http://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN\\_completo.pdf](http://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN_completo.pdf)].
- INEGI, *Censo de Población y Vivienda 2010*, disponible en [<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&ts=est>]
- Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Nutrición*, México, INSP (Cuadernos de Nutrición), 2001.
- Jaworski, A., *The Power of Silence: Social and Pragmatic Perspectives*, Los Ángeles, Sage Publications, 1992.
- Johnson, R. L., D. Roter, N. Powe & L.A. Cooper, "Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits", en *American Journal of Public Health*, vol. 94, núm. 12, 2004, pp. 2084-2090.
- Neurath, J., *Huicholes. Pueblos indígenas del México Contemporáneo*, México, CDI, 2003.
- Ryn, M. van y J. Burke, "The Effect of Patient Race and Socioeconomic Status on Physicians' Perceptions of Patients", en *Social Science Medicine*, vol. 50, núm. 6, 2000, pp. 813-828.
- Saha, S. et al., "Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health Care", en *Archives of Internal Medicine*, vol. 158, núm. 9, 1999, pp. 997-1004.
- Santos, Saúl y Karina Verdín, "Intercultural Communication Issues During Medical Consultation: the Case of Huichol People in Mexico", en *Cuadernos Interculturales*, vol. 17, núm. 2, 2011, pp. 257-274.
- Santos, S. y Carrillo, T., "Teukarita: designación de nombres de persona entre los wixaritari y sus significados", en C.L. Conti, L. Guerrero y S. Santos, *Aproximaciones a la documentación lingüística del huichol*, Jaén, Gráficas La Paz, 2012.
- Saville-Troike, M., "Cultural Maintenance and 'Vanishing' Languages", en C. Kramsch & S. McConnell-Ginet, *Text and Context. Cross-disciplinary Perspectives on Language Study*, Lexington, Heath and Company, 1992, pp. 148-155.
- Schulman, K. et al., "The Effect of Race and Sex on Physicians' Recommendations for Cardiac Catheterization", en *New England Journal of Medicine*, vol. 340, núm. 8, 1999, pp. 618-626.
- Scollon, R., "The Machine Stops", en D. Tannen y M. Saville-Troike (eds.), *Perspectives on Silence*, Norwood, Ablex, 1985.
- Scollon, R. y S. W. Scollon, *Intercultural Communication* (2ª ed.), Oxford, Blackwell, 2001.

- Secretaría de Salud, *Atención a la salud de los pueblos indígenas de México*, disponible en [[http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca\\_virtual/programas/Atencion\\_Salud\\_Pueblos\\_Indigenas\\_Mexico.pdf](http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Atencion_Salud_Pueblos_Indigenas_Mexico.pdf)].
- Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, disponible en [[http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa\\_nacional\\_salud.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf)].
- Smedley, B. D., A.Y. Stith y A.R. Nelso, *Unequal Treatment. Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Washington, D.C., The National Academies Press, 2003.
- Stainer, G., *Language and Silence: Essays on Language, Literature and the Inhuman*, New Heaven, Yale University Press, 1998.
- Tannen, D., "Rethinking Power and Solidarity in Gender and Dominance", en C. Kramsch y S. McConnell-Ginet, *Text and Context. Cross-disciplinary Perspectives on Language Study*, Lexington, Heath and Company, 1992, pp. 135-147.
- Vázquez, J. L., "Práctica médica tradicional entre indígenas de la Sierra Madre Occidental: los huicholes", en E. Menéndez y J. García (eds.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara / CIESAS, 1992, pp. 89-104.
- Verdín Amaro, K. I., "Males 'normales' y males 'puestos' del pueblo wixárika: un análisis cognoscitivo", tesis doctoral en Lingüística, Querétaro, Universidad Autónoma de Querétaro, 2012.
- Villaseñor, S. J. y M.P. Aceves, "El concepto de 'enfermedad mental' entre los huicholes de Tuxpan de Bolaños", en *Interpsiquis*, vol. 30, núm. 4, 2003, disponible en [[http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2434/1/interpsiquis\\_2003\\_9904.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2434/1/interpsiquis_2003_9904.pdf)].
- Villaseñor S. J., A.C. Lara, y M.P. Aceves, "La embriaguez de lo divino: un síndrome ligado a la cultura", en *Investigación en Salud*, vol. VIII, núm. 1, 2006, pp. 16-22.
- Weisse, K. et al., "Do Gender and Race Affect Decisions about Pain Management?", en *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, núm. 4, 2001, pp. 211-217.
- Widowson, H., *Teaching Language as Communication*, Londres, Oxford University Press, 1978.