

normativa, Dirección General de Servicios Médicos, UNAM, 2000-2001. Directora de Enseñanza, Dirección General Enseñanza e Investigación, CONAMED, 2001 a la fecha.

Introducción

La identidad individual se circunscribe a la especificidad del conjunto de códigos que definen al grupo social al cual pertenece la persona, se configura por aquellos elementos simbólicos que permiten el intercambio material entre sus miembros. La identidad también alude al fenómeno complejo determinado por la cultura. De este modo, es posible pensar en las diferentes expresiones de la identidad, sea ésta nacional, étnica, genérica, generacional, familiar o valorativa como producto de culturas concretas manifiestas en un momento determinado de su propia historia.

En la medida en que la cultura se inscribe en el mismo carácter dinámico de la realidad social, el proceso de construcción de las diferentes identidades está expuesto a las permanentes transformaciones sociales.

La cultura, por tanto, expresa la forma que adquieren las interacciones sociales en un periodo determinado de modo que el cambio cultural se manifiesta a partir de nuevas conductas en la interacción social diferenciadas claramente de conductas anteriores acostumbradas en la interacción social.

Se entiende por cultura al conjunto de valores, orientaciones, actitudes,

expectativas, normas, conductas y prácticas de un sistema social (Chiu, 2000)

La asimetría cultural representa una de las barreras más importantes en la comunicación y en el buen entendimiento entre médicos y pacientes ya que son los patrones culturales de cada cual y sus propios estilos de vida los elementos que definen cómo es percibido el estado de salud y de enfermedad, el modo en que se acepta la práctica de la profesión médica para restablecer la integridad.

La efectividad de la comunicación entre médicos y pacientes, y por tanto del apego del paciente a las recomendaciones terapéuticas, cito a la Dra. Bialik, depende de las habilidades adquiridas por los profesionales de la salud para homogeneizar las diferencias culturales. Hasta aquí la cita.

A su vez, es necesario buscar los elementos que otorgan identidad a hombres y mujeres. Es decir, los elementos que determinan las significaciones que hombres y mujeres identifican para sí y los hacen aceptarse como parte de un género sea femenino o masculino y explican las formas individuales que adquieren los intercambios en su relación.

La identidad genérica en este sentido, está representada por el conjunto de elementos materiales y simbólicos que permiten a los individuos reconocerse como parte de un género, condición que claramente define las conductas a partir de las cuales se manifiestan y relaciones entre los hombres y las mujeres (Chiu, 2000).

Las relaciones genéricas en la práctica de la medicina se expresan en el ámbito de la comunicación, a partir de la expresión de mejores aptitudes en la realización de habilidades que requieren el uso del lenguaje en las mujeres y mayores facilidades en habilidades visoespaciales en los hombres. Cito al Dr. Teodoro Flores.

Esta condición explica los hallazgos metanalíticos del estudio de Debra Roter, publicados en la revista JAMA del mes de agosto del presente año, el cual concluye que las mujeres ejercen mejor sus habilidades comunicativas y centran su atención en el paciente, concediendo mayor duración a la entrevistas médicas que cuando la atención médica es proporcionada por médicos varones. En este mismo estudio se vinculan los resultados de una adecuada comunicación con la obtención de mayor satisfacción del médicos y pacientes, mayor apego terapéutico y mejoría de las condiciones físicas y psicológicas del paciente.

Por otro lado, la noción de individualidad, aunque dependiente del contexto y la socialización, se concreta con el ejercicio pleno de las libertades fundamentales de la persona. En el caso del acto médico, la individualidad en la relación médico-paciente se expresa plenamente cuando se logra la libre elección para aceptar o rechazar un tratamiento. La estructuración de un consentimiento válidamente informado, refuerza tal condición. Hemos invitado al doctor Héctor Aguirre Gas, director del Hospital de Especialidades, a tratar los fundamentos y los componentes del consentimiento informado.

Por último, el doctor Niels Wachter Rodarte, Jefe de la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional analizará los factores que influyen en el apego al tratamiento en dos enfermedades comunes que aquejan a nuestro país y que fueron estudiados mediante el seguimiento de una cohorte de más de 5000 sujetos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gracias.

Diferencias en el Procesamiento Cerebral según el Género

DR. TEODORO FLORES R.

Médico Cirujano. (1961 a 1967) Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México. Especialidad en Neurología Clínica. Certificación por el Consejo Mexicano de Neurología (1976). Certificación por el Consejo Mexicano de Electrofisiología (1981). Actualmente profesor del curso tutelar de Neurofisiología Clínica en el INCH (del 1 de marzo de 1993 a la fecha). Ha sido expositor en múltiples cursos, simposios y reuniones médicas. 1 libro editado, 4 coautorías y ha participado en 4 trabajos de investigación. Actualmente jefe del Departamento de Neurofisiología del Instituto de la Comunicación Humana, Centro Nacional de Rehabilitación desde 1993 a la

fecha.

Introducción

Desde hace muchos años se ha hablado de que los cerebros de un hombre y una mujer son diferentes, sin embargo aún hay quien dice que esto no es verdad y que si acaso existe una diferencia esta es mínima y obedece a la influencia que tienen en el comportamiento las normas educacionales y sociales.

Recientemente se ha encontrado que las hormonas sexua-

les condicionan en una etapa precoz de la vida la organización del cerebro y así el "ambiente" actúa sobre cerebros que presentan un sistema de "ordenación" diferente en cada género.

Sea cual fuere el origen es claro que las *mujeres* tienen mejores aptitudes en la realización habilidades que requieren el uso del *lenguaje* y los *varones* tienen más facilidades en *habilidades visoespaciales*. Se atribuye a la forma diferente en que tales funciones están distribuidas en el cerebro según el sexo.

Las diferencias que están claramente establecidas son:

Varones	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas donde se debe imaginar un giro o manipulación de un objeto. • Razonamiento matemático. • Correcto recorrido de una ruta. • Habilidades motoras para tirar al blanco e interceptar proyectiles. • Figuras geométricas para orientarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Velocidad perceptiva para identificar un objeto por fluidez verbal. • Razonamiento aritmético. • Retención de detalles de una ruta. • Tareas manuales de precisión. • Hitos visuales para orientarse.

Habrá que dejar bien claro que las diferencias que marca el género en la función intelectual reside en medios de capacidad y no en el nivel de inteligencia global.

Diferencias relacionadas con la asimetría

Se ha encontrado que en lo referente al lenguaje y a las funciones espaciales, la representación funcional en los hemisferios cerebrales de los *varones* es más "asimétrica" mientras que las *mujeres* son más "simétricas" al respecto, entre otras cosas por que ellas tienen un mayor número de fibras cruzadas en el cuerpo calloso y un área más extensa de este.

Sobre esto de las asimetrías han surgido un sinnúmero de trabajos; en 1991 el grupo de *Lacoste* publicó un trabajo donde revisaban la corteza cerebral de fetos humanos obitados y encontraron que la mayoría de estos, de sexo masculino tenía la corteza derecha más gruesa que la izquierda.

Janette Mc Globe practicó la prueba de WAIS en adultos diestros de ambos sexos que habían sufrido de afasia de

diversos tipos y encontró que el coeficiente intelectual verbal (CIV) se afectaba en lesiones del hemisferio izquierdo y el coeficiente intelectual no verbal (CINV) se deterioraba en lesiones del hemisferio derecho, esto ha sonando lógico, sin embargo esto ocurría en *varones* solamente, -pues en *mujeres* el CIV y CINV era indistinto para lesiones derechas ó izquierdas.

Y hablando de afasias, se ha manejado que los *varones* tienen una incidencia mayor, sin embargo *Doreen Kimura* de Ontario Occidental revisó varios casos y llegó a la conclusión de lo que en realidad ocurre es que las *mujeres* son más propensas a sufrir daños en regiones anteriores y los *varones* en áreas cerebrales posteriores y en la incidencia global son mucho más frecuentes las lesiones posteriores izquierdas.

También se han realizado pruebas de vocabulario y las puntuaciones revelan mayor problema en los *varones* cuan-

do se daña el hemisferio izquierdo y en las *mujeres* cuando hay lesión en cualquiera de los dos hemisferios. Lo anterior sugiere ó apoya más que las *mujeres* son más bilaterales al revisar el significado de las palabras.

Herbert Ladsley estudió los efectos de la remoción de parte del lóbulo temporal unilateral en pacientes con epilepsia, encontró que hay mayor afección de las tareas visoespaciales en remoción del lado derecho y más afección en tareas verbales en la remoción izquierda, reportando lo anterior como solo válido para individuos del sexo *masculino*.

Ahora con las técnicas actuales de neurofisiología se han hecho trabajos donde correlacionan esta asimetría con la actividad eléctrica del cerebro por una asimetría de la actividad cerebral y función derecha del cerebro en *varones*. En la universidad de Yale en 1995 correlacionaron reconocimiento de fonemas y categorías semánticas en sujetos diestros y se observó una activación en el giro frontal inferior izquierdo en *varones* y en ambos lados en *mujeres*.

Origen de las diferencias

Probablemente las diferencias de procesamiento entre ambos géneros se debe a una influencia hormonal diferente en etapas tempranas de la vida, la acción de los estrógenos establece la diferenciación de sexos pues el organismo tiene el potencial de ser *hembra/macho*; si hay un cromosoma "Y" se formarán gónadas *masculinas* y estas producirán *testosterona* y *dihidrotestosterona* lo que aunado al factor de regresión *mülleriana* establecerá genitales *masculinos* y formará un embrión *masculino*, pero por si alguna razón los andrógenos no se producen o se les impide actuar sobre el tejido, el organismo que prevalece será una *hembra*. Curiosamente se ha observado que estas hormonas no solo actúan en la formación de un sistema genital sino que también tienen *influencias en la organización cerebral y la disposición anatómica que tendrá que ver posteriormente con el comportamiento inherente a cada género*, y que la influencia de estas hormonas es permanente y presenta un periodo crítico para cada función. Esto es que si no es estimulado el tejido por la hormona determinada en el tiempo preciso no se producirá el cambio y en consecuencia se presentarán alteraciones.

Robert de Gay en la Universidad de Wisconsin ha hecho experimentos en donde a una rata macho se le priva al nacer de andrógenos (*ya sea por castración ó por administración de un compuesto químico que los bloquea*), encontrando que debilita su comportamiento sexual adulto y se refuerzan conductas femeninas (*por ejemplo: arquear el dorso y alteraciones en la monta*.) esto también es válido para una *hembra aunque es más difícil desfeminizarla pues la alfetoproteína protege al cerebro del efecto masculinizante del andrógeno.*

La estructura del cerebro que organiza el comportamiento reproductor es el hipotálamo y *Gorsky* ha demostrado

que cierta región del *áreas preóptica* aparece mayor en las ratas macho y que este incremento está ocasionado por la presencia de andrógenos en el periodo postnatal inmediato y en cierta medida en el periodo prenatal, periodo crítico.

En 1991 *Simon Le Vay* dio a conocer que el núcleo intersticial del hipotálamo anterior es menor en *varones* homosexuales que en los heterosexuales y al hacerles pruebas espaciales como tiro al blanco son menos ágiles que los heterosexuales pero por otra parte son mejores que estos en fluidez ideativa.

Algo que comprueba la acción de las hormonas sobre el comportamiento adulto es el examen de niñas que fueron sometidas a un exceso de andrógenos en los estadios prenatal y neonatal a causa de una hiperplasia adrenal congénita ó a la administración de esteroides sintéticos durante el embarazo. A pesar de que la masculinización se puede corregir por cirugía y el exceso de andrógenos se puede frenar con quimioterapia, el daño en el hipotálamo es irreversible y estas niñas tienen conductas masculinas aún desde temprana edad

Melisa Hinnes hizo un trabajo sobre esto publicado en 1989 donde observó niñas que presentaron este problema y a las cuales se les educó haciendo énfasis en la tareas propiamente femeninas y quienes sin embargo preferían los juegos típicamente masculinos pero además superaban a sus hermanas en pruebas de rotación y manipulación de un objeto, sin tener ninguna diferencia en razonamiento matemático ni en tareas perceptivas y verbales.

Así pues tenemos que el cerebro de un varón se organiza según líneas diferentes del cerebro de una mujer desde una edad muy temprana y que las hormonas sexuales dirigen esta diferenciación durante el desarrollo pero además el cerebro sigue siendo sensible a las fluctuaciones hormonales a lo largo de toda la vida.

Elizabeth Hampson demostró que el rendimiento de las *mujeres* en determinadas tareas cambiaba a lo largo del ciclo menstrual (*cuando hay niveles altos de estrógenos hay disminución en la capacidad espacial y una mayor capacidad articuladora verbal y motriz*). Pero también los hombres fluctúan ya que se ha visto que en el invierno los niveles de testosterona bajan y su rendimiento matemático mejora.

En 1983 *Valerie Shute* midió la concentración de andrógenos en sangre de jóvenes y *mujeres* sanos diestros y dividió en dos grupos cada sexo según sus niveles altos o bajos de andrógenos pero dentro de un rango normal para cada sexo y encontró que: las *mujeres* con altos niveles de andrógenos tienen mejor puntuación en pruebas espaciales y que los hombres con bajos niveles de andrógenos resuelven mejor estas mismas pruebas.

En 1992 en la Universidad Tubigen, Inglaterra, se hizo una cuantificación de estradiol, testosterona y ACTH y en jóvenes y lo correlacionaron con tests espaciales, afluencia verbal y habilidades musicales encontrando que: el *estró-*

geno y el estradiol altos fueron inversamente proporcionales con tests espaciales en mujeres y la ACTH fue positiva para el test espacial y habilidades musicales.

En la Universidad de Ontario Occidental se midió la concentración de *testosterona* en saliva y se hicieron pruebas de razonamiento matemático y velocidad perceptual y el resultado fue: los *hombres* con *testosterona* baja eran mejores en velocidad perceptiva y en razonamiento matemático y las *mujeres* con *testosterona* alta fueron mejores en velocidad perceptiva pero en razonamiento matemático no mejoraron ya sea con *testosterona* alta o baja.

De estos trabajos se concluye que debe haber un nivel óptimo de andrógenos para cada función y que esa puede caer en un nivel máximo para *mujeres* y mínimo para *hombres* (Síndrome de Rambo y la agresión sexual).

Deborah Weber dice que realmente estas diferencias no están dadas por el género en si sino por la maduración que es más temprana en las *mujeres* y lo apoya con un estudio que hizo donde *hombres* y *mujeres* precozmente maduros eran menos lateralizados para el lenguaje.

Finalmente *Jerre Levy* tiene la teoría de una base evolutiva para las diferencias sexuales donde habla de que los *hombres* a través de la historia han sido cazadores, líderes, etc. y por esto son más visoespaciales y que a las *mujeres* les toca el rol de la crianza de los hijos y las tareas del hogar por lo que son más verbales y hacen mejor trabajos finos de precisión.

Sea cual sea el origen de estas diferencias y la polémica que haya en torno a éstas lo claro es que el cerebro de una mujer y un hombre no funcionan de igual manera para diversas tareas y esto no nos hace mejores ni peores sino simplemente diferentes y complementarios.

Aspectos antropológicos en la Adherencia Terapéutica

ANTROPÓLOGA RAQUEL BIALIK DE SHKUROVICH

Licenciatura por la Universidad de California, Brekeley, California E.U.A. (Honoured Student). Maestría en Antropología Social por la ENAH (cum laude). Maestría en Culturas Orientales por el Colegio de México. Diplomado en Cooperación Internacional por el CIDE. Diplomado en música-terapia por la UNAM. 18 artículos publicados. Docente e investigadora para la UNAM, Secretaria de Salud y Colegio de México. Actualmente investigadora en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

Un típico acercamiento al tema de la adherencia terapéutica es a través del contexto de la relación médico-paciente.

Yo quisiera hacerlo desde otro enfoque, más como un encuentro intercultural, definido éste como la interacción cara -a - cara de individuos o grupos que poseen diferentes

marcos de referencia y distintas experiencias de vida. En un encuentro intercultural, los participantes se interrelacionan apoyándose en suposiciones culturales propias que actúan como pantallas perceptuales de los mensajes que intercambian y éste es el que conforma su marco de referencia, dentro del cual cada uno interpreta el mensaje.

El mundo, entonces, es percibido a través de los ojos de la propia cultura.

La salud y la enfermedad casi siempre están moldeadas por el contexto social. Cada persona, reforzada por su entorno – familia, amigos, su ámbito laboral, escolar – explica los distintos estados físicos, mentales y sociales que le son normales y, cuando se llegan a presentar signos de desviación o desequilibrio, éstos se reconocen como anormales y es entonces cuando se busca darles primero, una explicación causal y luego, una solución, entre otras, asistir a la consulta médica (con quién, dónde, cuándo), todo esto, dependiendo de la percepción e información iniciales con las que cuente. Salud y enfermedad se vuelven “constructos culturales” dentro de los cuales se interpreta la sintomatología y condiciona las respuestas alternativas que se identifican para contender y resolver el problema derivado de la enfermedad.

Son los patrones culturales de cada quien y los estilos de vida los que definen cómo la enfermedad es detectada y percibida; cómo se expresa (formas de manifestarse; los comportamientos que se esperan y se admiten del paciente); qué condiciones se reconocen como patológicas y, qué personas y roles están autorizados para tratarla. El paciente se percibe enfermo, pero es el médico quien legitima su enfermedad.

Médicos y pacientes a menudo operan desde mundos y concepciones diferentes; desde perspectivas, expectativas e informaciones disímolas.

Las de los médicos se basan en datos científicos adquiridos en su entrenamiento y actualización profesionales y en sus impresiones y experiencia clínica, dejando a veces lugar a incertidumbre y variaciones de criterio de un médico a otro; mientras que, las de los pacientes, se basan en las explicaciones otorgadas por su bagaje socio-cultural, por los medios de comunicación y por experiencias personales mediatas.

Anteriormente o, cada vez menos, los encuentros entre enfermos y quienes atendían la salud eran más “simétricos”, donde el paciente recibía los cuidados de alguien más parecido a él, sólo que con mayor experiencia y reconocimiento social para ejercer y atender al resto, sobre la salud y la enfermedad, y esto llevado a cabo dentro del propio habitat del enfermo y su familia. El encuentro se basaba en el respeto y la confianza mutuos.

En la actualidad y debido a factores políticos, económicos y sociales y, por principios de equidad, desarrollo y globalización se ha propiciado un acercamiento entre médicos, instituciones y enfermos, donde el conocimiento cien-