

tismo, el cubano la santería, el mexicano al curandero o simplemente el vecino o el familiar comparte los medicamentos que le recetaron y cree que le servirán a todos. Hay que reconocer también que varios grupos hispanos no aprecian la comunicación directa, al punto y sin rodeos, que es típica del estilo de la comunicación del anglosajón. Nuestro español es muchas veces entre líneas y hasta en indirectas, además que embellecemos nuestros mensajes mucho más que en inglés.

El idioma no es el único factor cultural que afecta a la interacción y comunicación con los hispanos mayores. Existen otros factores que son tan importantes como el idioma, por ejemplo, las reglas culturales de la interacción entre las diferentes edades basadas en respeto, el papel que uno toma dentro de la familia y la comunidad y el respeto que se le tiene a los que juegan papeles con autoridad incluyendo al médico. Los pacientes hispanos envejecientes en su gran mayoría no preguntan, no cuestionan los conocimientos o experiencia de los médicos, no piden clarificación y aceptan la palabra del médico, la entiendan o no.

En el año 2000, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos publicó 14 estándares para que los servicios médicos y sociales sean cultural y lingüísticamente apropiados. Se reconoce y aseguran que todas las personas tienen derecho a recibir los mejores servicios equitativamente. Cuatro de estos estándares se refieren a la importancia de proveer servicios en el idioma del paciente. Asimismo, se reconoce que la cultura y el idioma son partes integrales de cómo nos definimos y quiénes somos. La inmigración global ha promovido una gran diversidad cultural, racial y étnica en la mayor parte de las poblaciones del mundo. Esta diversidad requiere que ciertos principios de conducta sean establecidos en los servicios médicos y sociales, en los cuales la comunicación entre los participantes es el elemento básico para la interacción profesional. Los estándares son:

- Trabajar con una amplia variedad de personas culturalmente diferentes o similares y establecer vías para aprender acerca de las culturas de estos pacientes.
- Evaluar el significado de cultura tanto para los pacientes individuales como para los pacientes en grupo, animar la discusión abierta de diferencias y responder a las señales culturalmente parciales.
- Dominar las técnicas de entrevista que reflejan una comprensión del papel del lenguaje en la cultura del paciente.
- Seleccionar y desarrollar apropiados métodos, destrezas y técnicas que sean adaptadas a las experiencias culturales, biculturales y marginales de los pacientes en sus medio ambientes.
- Generar una amplia variedad de habilidades de comunicación verbales y no verbales en respuesta a los estilos de comunicación directos o indirectos de los diversos pacientes.

- Entender la interacción de los sistemas culturales del médico, del paciente, del particular entorno de la agencia y de la comunidad principal inmediata.
- Utilizar eficazmente el sistema de ayuda natural del paciente en la resolución de problemas, por ejemplo, curanderos populares, líderes religiosos y espirituales, familias y otros recursos de la comunidad.
- Demostrar las habilidades de defensa y de fortalecimiento en trabajo con los pacientes, reconociendo y combatiendo los «isms», los estereotipos y los mitos de los individuos y las instituciones.
- Conducir una evaluación entendible de los sistemas del paciente en los cuales las normas y los comportamientos culturales se evalúan como fuerzas y se distinguen de comportamientos problemáticos o sintomáticos.
- Integrar la información ganada de una evaluación culturalmente competente en planes de intervención culturalmente apropiados e involucrar a pacientes y respetar sus elecciones en el desarrollo de metas para el servicio.
- Identificar los sistemas o modelos de servicio de entrega que son apropiados para la población de pacientes a servir y hacer las referencias apropiadas cuando sea indicado.
- Consultar con los supervisores y colegas para el monitoreo del funcionamiento e identificar las características de su propio estilo profesional que impiden o realzan su práctica culturalmente competente.
- Evaluar la validez y la aplicabilidad de nuevas técnicas, investigación y conocimiento para el trabajo con los diversos grupos de pacientes.

Comunicación Humana y Adherencia Terapéutica

DRA. NORMA JUÁREZ DÍAZ GONZÁLEZ

Médico cirujano con título de la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista en medicina interna con certificación vigente por el consejo mexicano de medicina interna. Certificada en medicina crítica y terapia intensiva. Actividad docente como ayudante de profesor de la facultad de medicina de la UNAM 1973-1975 y de 1984 a 1999. Investigador asociado en el Instituto Mexicano del Seguro Social desde 1995. Consejera titular de Consejo Mexicano de Medicina Interna. Presidente electa del Consejo Mexicano de Medicina interna, 21 trabajos publicados en el área de medicina crítica y enseñanza. Coeditora de revista médica IMSS 1991-1995. Ex jefe de enseñanza del hospital de especialidades, CMN Siglo XXI, IMSS, 1989-91. Jefe de la División de Documentación en Salud, Coordinación de Educación Médica IMSS, 1991-2000. Subdirectora técnico-

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 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 médica 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