



Revista Latinoamericana de Bioética

ISSN: 1657-4702

ISSN: 2462-859X

Universidad Militar Nueva Granada

Chávez Victorino, Omar; Morales Chávez, Germán;  
Solano, Rogelio Marcos; Carpio Ramírez, Claudio

Adherencia terapéutica, interacción equipo médico-paciente y  
justicia social en población indígena Mixteca de Guerrero, México\*

Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 20, núm. 1, 2020, Enero-Junio, pp. 123-146  
Universidad Militar Nueva Granada

DOI: <https://doi.org/10.18359/rbli.4142>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127064974010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org  
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto



# Adherencia terapéutica, interacción equipo médico-paciente y justicia social en población indígena Mixteca de Guerrero, México\*

Omar Chávez Victorino<sup>a</sup> ■ Germán Morales Chávez<sup>b</sup>  
■ Rogelio Marcos Solano<sup>c</sup> ■ Claudio Carpio Ramírez<sup>d</sup>

**Resumen:** en México habitan diversos grupos sociales, entre ellos se encuentra el pueblo indígena de los mixtecos, que en su mayoría se caracteriza por vivir en condiciones de extrema pobreza, situación que posibilita estados desfavorables de salud por las características sociales y físicas particulares. Además, estos grupos indígenas utilizan sistemas médicos propios, distintos al sistema biomédico. Cuando el Gobierno amplía su cobertura a estas comunidades se presentan dificultades debido a la incompatibilidad de sistemas médicos. Se ha observado que el uso de habilidades interculturales, tales como los componentes verbales valorativos y transscriptivos, favorece un ajuste entre los pacientes y los sistemas biomédicos de salud. Con el objetivo de revisar si los profesionales que prestan sus servicios a comunidades indígenas presentan habilidades interculturales, se llevó a cabo un estudio descriptivo, no experimental, y transversal para identificar el uso de componentes verbales interculturales por parte del equipo médico de la Unidad Médica Rural, ubicada en la comunidad de Dos Ríos, municipio de Cochoapa el Grande, Guerrero. Se observó la interacción equipo médico-paciente durante 6 meses, con un total de 103 consultas registradas. Asimismo, se contempló

- 
- \* Artículo de investigación. Agradecimientos a CONACYT por financiar el estudio mediante la beca 409528.
- <sup>a</sup> Maestro en Psicología, especialista en Medicina Conductual. Estudiante de doctorado de Psicología y Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México, campo Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalnepantla de Baz, México. Correo electrónico: psic.omar@comunidad.unam.mx [ORCID](#) ●
- <sup>b</sup> Doctor en pedagogía, UNAM. Profesor titular "A" de la FES Iztacala, Tlalnepantla de Baz, México. Correo electrónico: gmoralesc@gmail.com [ORCID](#) ●
- <sup>c</sup> Licenciatura en Medicina. Médico General y estudiante de posgrado en la Especialidad para los Servicios Rurales de Salud, becado por IMSS-Bienestar, Sede en Tuxtla Gutiérrez Chispas al Hospital General de Zona 2 IMSS, Tlalnepantla de Baz, México. Correo electrónico: rogelio@marcos.com [ORCID](#) ●
- <sup>d</sup> Doctor. Profesor Titular "C" Tiempo Completo. Docencia e investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México, campo Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalnepantla de Baz, México. Correo electrónico: carpio@unam.mx [ORCID](#) ●

que los profesionales tienen un escaso uso de los componentes verbales interculturales y que no han incorporado estrategias que permitan el ajuste médico de los pacientes mixtecos al sistema biomédico. Los datos se analizan con relación a los aspectos bioéticos y de justicia social implicados en el comportamiento de las instituciones oficiales de salud.

**Recibido:** 04 de junio de 2019. **Aceptado:** 31 de mayo de 2020.

**Disponible en línea:** 15 de septiembre de 2020.

**Cómo citar:** Chávez Victorino O, Morales Chávez G, Marcos Solano R, Carpio Ramírez C. Adherencia terapéutica, interacción equipo médico-paciente y justicia social en población indígena Mixteca de Guerrero, México. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 15 de septiembre de 2020 [citado 26 de agosto de 2020];20(1). Disponible en: <https://doi.org/10.18359/rbi.4142>

**Palabras clave:** adherencia terapéutica; habilidades interculturales; bioética; justicia social; pacientes mixtecos

### *Therapeutic adherence, doctor-patient interaction and social justice in Mixteca indigenus population from Guerrero, México*

**Abstract:** Mexico's inhabitants comprise various social groups and among them we find the indigenous people of the Mixtecos, who are mostly characterized by living in extreme poverty conditions, a situation that enables unfavorable health conditions due to their particular social and physical characteristics. Furthermore, these indigenous groups use their own medical systems, different from the biomedical system. When the Government extends its coverage to these communities, difficulties arise due to the incompatibility of medical systems. The use of intercultural skills, such as evaluative and transcriptional verbal components, has been observed to favor an adjustment between patients and biomedical health systems. With the aim of reviewing whether the professionals who provide their services to indigenous communities have intercultural skills, a descriptive, non-experimental, cross-sectional study was carried out to identify the use of intercultural verbal components by the medical team of the Rural Medical Unit, located in the community of Dos Ríos, municipality of Cochoapa el Grande, Guerrero. The doctor-patient team interaction was observed for 6 months, with a total of 103 registered consultations. Likewise, it was found that professionals have little use of intercultural verbal components and that they have not incorporated strategies that allow the medical adjustment of Mixtec patients to the biomedical system. Data was analyzed in relation to the bioethical and social justice aspects involved in the behavior of official health institutions.

**Keywords:** therapeutic adherence; intercultural skills; bioethics; social justice; Mixtec patients

## *Adesão terapêutica, interação equipe médica-paciente e justiça social em população indígena Mixteca de Guerrero, México*

**Resumo:** No México, há diversos grupos sociais, entre eles se encontra o povo indígena dos mixtecos, que, em sua maioria, é caracterizado por viver em condições de extrema pobreza, situação que possibilita estados desfavoráveis de saúde. Além disso, esses grupos indígenas utilizam sistemas médicos próprios, diferentes do sistema biomédico. Quando o governo amplia a cobertura dessas comunidades, são apresentadas dificuldades devido à incompatibilidade de sistemas médicos. Observa-se que o uso de habilidades interculturais, como os componentes verbais valorativos e transcritivos, favorece uma adaptação entre os pacientes e os sistemas biomédicos de saúde. A fim de revisar se os profissionais que prestam serviços a comunidades indígenas apresentam habilidades interculturais, realizou-se estudo descritivo, não experimental e transversal para identificar o uso de componentes verbais interculturais por parte da equipe médica da Unidade Médica Rural, localizada na comunidade de Dos Ríos, município de Cochoapa el Grande, Guerrero. Observou-se a interação equipe médica-paciente durante seis meses, com um total de 103 consultas registradas. A partir disso, foi verificado que os profissionais têm um escasso uso dos componentes verbais interculturais e que não incorporaram estratégias que permitam a adaptação médica dos pacientes mixtecos ao sistema biomédico. Os dados são analisados quanto aos aspectos bioéticos e de justiça social envolvidos no comportamento das instituições oficiais de saúde.

**Palavras-chave:** adesão terapêutica; habilidades interculturais; bioética; justiça social; pacientes mixtecos

## Introducción

México es un país multicultural y pluriétnico, ya que está habitado por diversas culturas y distintos grupos sociales. Se considera que el idioma es una de las características definitorias de una etnia; en el país existen más de 60 etnias indígenas distintas (1), además de la población afromestiza presente en el territorio mexicano (2). De acuerdo con los datos oficiales (3), en este país habitan 18 millones de indígenas, lo que equivale al 15 % de la población total, compuesta por más de 120 millones de mexicanos. Dentro de los estados con mayor población indígena, Guerrero se ubica en el quinto lugar con 15.3 % respecto al total de su población (4) y es precedido por Quintana Roo (16.6 %), Chiapas (27.9 %), Yucatán (28.9 %) y Oaxaca (32.2 %).

En la actualidad residen 600.000 indígenas en el estado de Guerrero, divididos en cuatro pueblos: Mixtecos, Amuzgos, Tlapanecos y Nahuas. La zona habitada por los mixtecos, autodenominados Ñuu Savi que significa en castellano “pueblo de lluvia”, cubre un área aproximada de 40.000 km<sup>2</sup>, además, se ubican en los estados de Oaxaca y Puebla. Esta región se divide en: Mixteca Alta, Mixteca Baja y Mixteca de la Costa. La Mixteca Alta se ubica en terrenos montañosos que se elevan por encima de los 1700 metros, su población habita en diversas zonas que presentan las condiciones socioeconómicas más desfavorables de todo el país, y se tipifica como una de las comunidades y de los municipios con mayor pobreza y pobreza extrema (5). Esta condición se relaciona con un sistema de salud deficiente y consistente en niveles de morbilidad y mortalidad elevados, también se ha identificado una acumulación epidemiológica evidente, en la que hay un aumento de la presencia de enfermedades crónicas y una resistencia a la eliminación de las patologías agudas (6).

## Salud en la población indígena del estado de Guerrero

De acuerdo con el Informe de la Salud de los Mexicanos (6), Guerrero fue el segundo estado con la esperanza de vida al nacer más baja del país en el año 2013. La prevalencia de desnutrición grave se incrementó en 1 % entre el año 2000 y 2012; por

otra parte, durante este mismo periodo, el porcentaje de casos de diabetes se incrementó en más de 5 puntos y posicionó a Guerrero como uno de los estados con mayor índice de personas con este diagnóstico, así como el que pierde la mayor cantidad de años de vida saludable debido a esta enfermedad. Esta misma situación sucedió con el índice de personas diagnosticadas con hipertensión arterial. De otro lado, según la tasa de mortalidad infantil, se ubica en el cuarto lugar y se posiciona entre uno de los cuatro estados que presentan una de las tasas de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años más altas de la nación. Por último, entre el año 2000 y 2013 el índice de enfermedades cerebrovasculares aumentó un 35 %.

Para el año 2014, las principales causas de años de vida saludable perdidos (Avisa) en esta entidad fueron: violencia, diabetes, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, cirrosis, anomalías congénitas, enfermedades cerebrovasculares, entre otras. Además, en el año 2013, la esperanza de vida saludable (Evisa) del país fue de 65.8 años; Guerrero se posicionó como el estado con el menor Evisa para los hombres (59.8 años) y uno de los estados con el más bajo Evisa en la población femenina (6). Estos datos permiten observar la situación que se presenta generalmente en todo el estado y la necesidad de mejorar el servicio médico, la cobertura y diversos factores sociales.

Sumado a los datos epidemiológicos expuestos, la Secretaría de Salud (6) ha identificado que la población con mayor marginación del estado de Guerrero incluye gran parte de la población indígena mixteca y que esta es afectada de manera diferencial en el ámbito de la salud. Esta población se encuentra en las regiones del estado con las condiciones de vida más adversas. En el año 2015, se registraron cifras mayores al 50% de la población en condiciones de pobreza extrema en el 22% de los 874 municipios caracterizados como comunidades originarias. Esto quiere decir que ser indígena o perteneciente a un pueblo originario hace más probable estar en condiciones de pobreza o pobreza extrema y, por lo tanto, tener un estado de salud peor que el resto de la población, que ya presenta condiciones deficientes en este ámbito. Al respecto, para el 2015 el municipio de Cochoapa

el Grande del estado de Guerrero, caracterizado como indígena Mixteco, se ubicó en el segundo lugar del país con el mayor porcentaje de población en condición de pobreza extrema.

En la actualidad hay una alta probabilidad de que en este municipio se presenten condiciones de salud deficientes, tales como el aumento constante de enfermedades crónicas-degenerativas e índices altos de morbilidad y mortalidad, con predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias. Estas características magnifican su riesgo al ser evidenciadas en un municipio que se ubica en una región con carencia de servicios básicos (7). Además, como se ha observado en las poblaciones indígenas del país, el nivel de adherencia terapéutica es menor que en el de una población no indígena, este se caracteriza por abandono del servicio médico, incumplimiento de citas y falta de ajuste a las indicaciones del equipo médico (8-9). Esta situación es crítica ya que, si no hay adherencia terapéutica por parte del paciente, el servicio médico no es efectivo y el estado de salud de la comunidad se deteriora. Por lo tanto, se requiere identificar qué factores favorecen la baja adherencia de los pacientes indígenas al servicio médico y establecer servicios en salud funcionales para esta población; asimismo, se debe analizar si esta forma de brindar el servicio médico en regiones indígenas se da en un marco de bioética y justicia social.

## Justicia social en poblaciones indígenas del estado de Guerrero

Para comprender la complejidad y los factores que se requieren considerar para diagnosticar y analizar la situación en la salud de las comunidades indígenas que se ubican en el municipio de Cochoapa el Grande, se han propuesto cinco pilares elementales que explican el estado de salud de una población (10). Primero, la genética, que tiene que ver con la estructura y el funcionamiento del organismo y la forma en que interactúa con el ambiente que lo rodea, es decir, el equipo biológico de las personas. Segundo, la nutrición, que estima la calidad, cantidad, variedad y disponibilidad de los alimentos que las personas consumen. Tercero, el ambiente, en donde se tienen en cuenta

condiciones naturales como el clima, la vegetación, la fauna de la región, y otros factores como la calidad del aire que se respira, la exposición a residuos, la calidad del agua que se consume, la exposición a radiación y la convivencia con animales domésticos que pueden transmitir virus o bacterias. Cuarto, los servicios de salud, que se refieren al acceso a profesionales competentes en el área de la salud con un equipo adecuado –esto se relacionará con la frecuencia con que la gente se enferma y con los períodos de recuperación-. Y quinto, el comportamiento, que es el componente psicológico referido a la conducta humana, y ha demostrado tener una estrecha relación con la salud de las personas. Cuando se menciona el comportamiento se incluyen actitudes, reacciones emocionales, aspectos cognitivos (ideas y creencias) y la actividad instrumental (todo lo que, realmente, la gente hace y dice).

Al analizar la forma en que se presentan los macrofactores y su relación con la salud de las personas de estas comunidades, al igual que la susceptibilidad de ser modificados por los mismos pacientes y las acciones que ha llevado a cabo el Estado para favorecer condiciones que prueben un estado de salud óptimo, se puede mencionar lo siguiente:

1. Es difícil pensar en una modificación de los factores hereditarios, tanto en la población indígena como en cualquier tipo de población. Son factores considerados inamovibles, aunque en tiempos recientes se está incidiendo a través de intervenciones y tecnologías biológicas.
2. Los cambios en las desfavorables condiciones ambientales identificadas en comunidades indígenas se presentan a una baja velocidad; igualmente, no dependen de los habitantes de la comunidad, sino de las políticas públicas y del apoyo gubernamental. Los habitantes no podrían pavimentar las rutas terrestres o establecer sistemas de drenaje o de abastecimiento de agua potable, debido a los costos y a otros factores. De acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social, Sedesol (11), en los últimos años solo han mejorado los servicios básicos de salud y la calidad del material de las viviendas, puesto

que se cuenta con más casas de concreto. Los demás servicios básicos permanecen estáticos o con cambios imperceptibles.

3. La nutrición es una práctica que depende de la disponibilidad del alimento. Un grupo social se alimenta de acuerdo a patrones que se relacionan con la zona en la que habitan y las posibilidades que tienen para el acceso a una variedad suficiente de alimentos y bebidas necesarias en una dieta adecuada (12).
4. Respecto a los servicios de salud, la presencia de instituciones médicas posibilita que los pacientes ya no deban desplazarse por trayectos prolongados para acudir a una institución de salud. Sin embargo, hay aspectos que se deben considerar en este rubro; la instauración de instituciones biomédicas en comunidades con sistemas médicos distintos crea otras problemáticas que no se pueden obviar. Por un lado, está la diferencia lingüística entre el equipo médico y el paciente indígena, que en algunos casos se resuelve con la presencia de profesionales bilingües. De la misma manera, se debe considerar que la población Mixteca posee prácticas respecto a la salud y a la enfermedad distintas a aquellas que están instauradas en las instituciones biomédicas, se considera la nosología, etiología y semiología (13).

El diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento médico se derivan de un modelo médico específico que propone una clasificación particular de las enfermedades e impone criterios comportamentales particulares a los pacientes (14). En un caso típico un paciente acude a una institución de salud con la que históricamente ha entrado en contacto; es decir, ha asistido, ha escuchado sobre esas enfermedades y los criterios necesarios para cumplir con el tratamiento, ha llevado a cabo actividades similares ante situaciones parecidas, etc.

Ahora bien, cuando un paciente de una comunidad indígena acude a una institución biomédica de salud, los diagnósticos que lleva a cabo el médico, como el tratamiento que prescribe, resultan inverosímiles, incomprensibles y desconocidos para el paciente. La nosología y el tratamiento prescrito por el equipo de salud son distintos a los

que existen en su cultura, en la que los organismos de salud tienen otro sistema médico que regula su actuar de acuerdo a la salud y a las enfermedades de los miembros de su comunidad (14-16). Esta situación favorece a que el comportamiento de los pacientes indígenas no se ajuste a las prescripciones del equipo médico de salud, debido a que corresponden a prácticas diferentes, derivadas de instituciones y sistemas médicos disímiles. Esto es lo que se observa al brindar el servicio médico a comunidades indígenas (8-9).

A partir de la descripción de los macrofactores en poblaciones indígenas, se requiere mencionar que la implementación de instituciones de salud es una acción necesaria, pero no suficiente para asegurar la salud de la población mexicana. Es un hecho que la cobertura en salud se ha ampliado hasta abarcar zonas rurales en las que habitan los grupos sociales indígenas (14). Esta acción es una obligación del gobierno mexicano, la cual está señalada en la constitución política del país (17); el Estado requiere brindar el servicio de salud a toda la población mexicana, sin excepciones. De otro modo, hay diversos organismos que señalan que los grupos originarios tienen derecho a mantener, practicar y transmitir sus conocimientos y costumbres, incluyendo el sistema médico tradicional (18-19). Esta convergencia de acuerdos y leyes hace necesaria la implementación de estrategias específicas al momento de establecer servicios médicos en las zonas indígenas que poseen sistemas médicos propios distintos al biomédico. En ocasiones se considera que la instauración de clínicas u hospitales biomédicos es suficiente para mejorar la salud de la población, y se supone que si la salud de los habitantes no mejora sucede por decisiones personales o por variables individuales que no dependen de las instituciones (14); no obstante, para que la cobertura en salud se establezca con base en los lineamientos bioéticos, es indispensable que se respeten las diferencias culturales, sociales y étnicas de la población específica; esto implica que el servicio de salud debe construirse a partir de las instituciones establecidas en la comunidad, con sus conocimientos en salud y con su estilo de vida en general.

Es preciso identificar si la implementación de instituciones de salud en alguna población indígena se ha instaurado teniendo en cuenta las características propias de la población y las diferencias culturales. Para lograr un abordaje bioético de la cobertura médica en poblaciones indígenas es necesario que el equipo médico desarrolle habilidades específicas, que cuente con instrumentos que permitan un entendimiento entre personas que practican dos sistemas médicos distintos, también es fundamental que se considere la incorporación de personas e instituciones propias de la comunidad. Todo lo anterior con el fin de lograr ajustes médicos entre los pacientes y las instituciones, dentro de un marco de respeto a las prácticas propias y al modo de vida particular de los grupos sociales. Aún así, esta situación no es tan sencilla como parece.

De otro lado, el Gobierno también requiere implementar acciones para modificar aspectos ambientales y nutricionales, ya que el cambio en las instituciones de salud no es suficiente y permite que se sigan manteniendo las desigualdades en la población indígena Mixteca. Sobre los factores nutricionales y ambientales, se puede identificar que los atrasos en la población indígena son mayores que en las poblaciones no indígenas, con una falta de servicios sociales básicos y una escasa oferta en alimentos y bebidas. Estas características ocasionan injusticia social al establecer condiciones de vida menos favorables para los indígenas mixtecos. La justicia social se entiende como la manera en que las instituciones distribuyen y posibilitan los derechos y deberes fundamentales para grupos sociales específicos, lo cual establece un punto de partida para los habitantes frente a diversos ámbitos (20), entre ellos, el de la salud.

Se evidencia una condición de desigualdad en los indígenas mixtecos, puesto que tienen menos oportunidades de acceder a una alimentación variada, porque no cuentan con servicios básicos y están expuestos a condiciones ambientales que aumentan la probabilidad de enfermarse, tales como la falta de agua potable, carreteras no pavimentadas y casas sin piso firme. Están alejados de servicios médicos de segundo y tercer nivel, debido a que se encuentran en zonas geográficas de difícil

acceso. Estas desigualdades parecen ser evitables, innecesarias e injustas, ya que se observa que en la distribución de los elementos relacionados con los factores estructurales, diversas comunidades indígenas presentan condiciones parecidas entre sí; desfavorables y que los ubican en una situación de desventaja ante la relación salud-enfermedad. Por lo tanto, no solo se observa una desigualdad, sino que se identifica una inequidad que se relaciona con la asignación de elementos en función de su posición cultural y étnica (21). Parece que el hecho de ser indígena hace más probable que las personas no cuenten con los servicios básicos necesarios para mejorar su salud, así como una negación al acceso de diversos alimentos y bebidas, necesarios para llevar una dieta balanceada.

Respecto al macrofactor referido a los sistemas de salud pareciera que la situación es distinta. Cada vez hay más cobertura y diferentes investigaciones en el área de la Antropología Médica. Estas han generado conocimiento que permite una forma viable de dar cobertura en salud a la población indígena y respeta la forma de vida de la población indígena. Desde esta disciplina se ha enfatizado en la interacción lingüística equipo médico-paciente indígena, específicamente en los componentes verbales, es decir, en los diálogos que se presentan entre los diversos profesionales del ámbito de la salud (médico, enfermero, psicólogo, trabajador social, etc.) y los pacientes. Se identificó que dichos componentes son un factor disposicional que facilita o dificulta el ajuste conductual del paciente a los criterios establecidos por el equipo médico (22-26). En este sentido, se modifica la adherencia terapéutica a cierta prescripción relacionada con condiciones biológicas particulares. Este elemento es decisivo, puesto que puede resultar en una mejora de la condición de salud de las comunidades indígenas, aún con las diferencias de sistemas médicos entre en equipo de salud y pacientes.

Desde la interacción lingüística existe un interés por estudiar y modificar el comportamiento del equipo médico y del paciente. Esta tiene la ventaja de enfocarse en una de las variables que es susceptible de modificarse por las personas que reciben y prestan el servicio médico. Asimismo,

se ha observado que puede ser una posibilidad de intervención que modifique las condiciones de salud de las poblaciones indígenas desde una perspectiva intercultural y que respeta aspectos bioéticos, puesto que no intenta rechazar las prácticas culturales de los pacientes, ni descalifica sus instituciones de salud (9). Por otra parte, "hablar" es la conducta que se presenta con mayor frecuencia en el consultorio y el lenguaje es el elemento que posibilita que se presente el servicio médico (27-30).

En términos generales, se considera que el equipo médico requiere desarrollar un lenguaje-puente entre los dos sistemas médicos; el biomédico y el tradicional indígena, y debe tener en cuenta que ambos participantes ajustan su comportamiento a relaciones diferentes y novedosas entre nosología, etiología, semiología y tratamiento. Se identifica la necesidad de adaptar el contexto a las prácticas culturales de la población intervenida; por ejemplo, al sustituir camas por hamacas; asimismo, se contempla la necesidad de incorporar herramientas que permitan un contacto funcional por parte del paciente a pesar de las diferencias en el idioma o nivel educativo, tales como carnés terapéuticos con ideogramas en vez de letras. Se evidencia la necesidad de que el equipo médico entienda el sistema médico propio de la comunidad, con el fin de adaptar e incorporar prácticas que permitan un servicio más efectivo (14). En cuanto al diálogo que se establece entre el equipo médico-paciente indígena durante la consulta, se menciona que es importante disminuir aquellas verbalizaciones de descalificación, burla o discriminación del sistema médico y las prácticas en la salud del paciente. De acuerdo a lo anterior, se requiere aumentar las verbalizaciones relacionadas con la incorporación de las prácticas médicas indígenas y las prácticas del sistema biomédico, y establecerlas como complementarias, mas no como opuestos. Por último, es fundamental comenzar a ver el servicio de salud como un proceso de enseñanza-aprendizaje, donde se le enseñará al paciente a incluir comportamientos en esta área diferentes a los que tenía establecidos como parte de su modo de vida, a su vez, el paciente enseñará al equipo médico las prácticas de su sistema de salud (31).

Por lo anterior, los autores de este trabajo realizaron un estudio para identificar el tipo de interacción equipo médico-paciente indígena que se presentaba durante la consulta en la Unidad Médico Rural (UMR) 16, ubicada en la comunidad de Dos Ríos, que pertenece al municipio de Cochoapa el Grande. Con el fin de determinar si la cobertura en salud en la población indígena mixteca es funcional, se identificó el tipo de componentes verbales (valorativos y transcriptivos) que se presentaban durante los segmentos interactivos equipo médico-paciente (diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento) en situaciones que implican asistir a instituciones de salud distintas, ante condiciones de diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas y agudo-infecciosas. Además, tomando como base los principios de bioética y justicia social, se revisó si se están incluyendo aquellos conocimientos generados desde diversas disciplinas, que dan cuenta de una manera efectiva de brindar el servicio de salud a la población indígena. Las variables y sus diversas expresiones se describen a continuación.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio transversal, no experimental, y mixto en una comunidad indígena mixteca de la montaña del estado de Guerrero, México.

## Participantes

Participaron algunos pacientes indígenas que aceptaron ser incluidos en el estudio y el equipo médico que prestaba sus servicios en la Unidad Médica Rural (UMR) 16. El consentimiento informado se obtuvo por medio del visto bueno del comisario del pueblo, de acuerdo con las normas éticas, con el Reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de Investigación para la Salud (26) y con la Declaración de Helsinki.

El equipo médico estuvo conformado por dos médicos y tres enfermeras, distribuidos en dos jornadas; en una estuvo un médico bilingüe (castellano y mixteco), que brindaba sus servicios entre semana y en la otra un monolingüe (castellano); una enfermera con habilidades de comprensión del idioma mixteco; una enfermera hablante de

tlapaneco, y una enfermera que solo se comunicaba en idioma castellano.

Los habitantes observados fueron 103. A pesar de contar con el visto bueno del comisario, de manera personal se le preguntó a cada participante si podía ser grabado para realizar un estudio que buscaba traer beneficios en la atención de su salud; todos los pacientes aceptaron participar en el estudio. Puesto que solo se hizo una sola observación directa con cada participante, no hubo muerte experimental.

### Duración

Debido a que las observaciones que se establecieron estuvieron delimitadas en relación con criterios temporales, el estudio tuvo una duración de seis meses; sin embargo, después se presentaron más sesiones médicas de interés para la investigación. Aunque el estudio duró seis meses, las observaciones a cada paciente fueron únicas en el tiempo; pues al tratarse de un estudio transversal, se incluyó información disponible en los expedientes.

### Situación

El estudio se llevó a cabo en el consultorio médico de la URM 16, el cual tiene una amplitud de 3x3 metros, con ventilación y luz. El sistema de registro audiovisual se ubicó desde un ángulo lateral, a una distancia de dos metros, lo cual permitía grabar los cuerpos del equipo médico y del paciente al mismo tiempo, de esta manera, se registraron los movimientos dentro del cubículo. En los casos en que hubo un desplazamiento a otros cubículos de la URM, se transladó la cámara para seguir con el registro de la interacción.

### Instrumentos y sistemas de análisis

Se utilizó una cámara de video marca Sony. Los análisis de las interacciones verbales se hicieron con base en el Sistema de Categorización de los Componentes Verbales durante el Episodio Interactivo Médico-Paciente (SCCV-EP M-P), elaborado ad hoc para el estudio.

### Variables

#### **Las verbalizaciones valorativas**

Son una variable mixta, cualitativa de tipo nominal, ya que se pueden clasificar como negativas o

positivas. También es cuantitativa continua porque se obtuvieron valores paramétricos como la frecuencia. El instrumento de medición fue el Sistema de Categorización de los Componentes Verbales durante el Episodio Interactivo Equipo Médico-Paciente (SCCV EI EM-P)

**Verbalizaciones positivas** son las verbalizaciones valorativas que expresan aceptación, acuerdo y conformidad respecto al comportamiento del médico y del paciente, de la institución y del modelo médico de cada uno de estos. También son aquellas verbalizaciones que expresan logro y bienestar como resultado del seguimiento de las prescripciones; así como verbalizaciones que se refieren a la anticipación del seguimiento de prescripciones fuera de la sesión.

**Verbalizaciones negativas** son las verbalizaciones valorativas que expresan desacuerdo, rechazo, o disconformidad acerca del comportamiento del médico y del paciente, de las instituciones y de los modelos médicos de cada uno de estos. Asimismo, se refiere a aquellas verbalizaciones del paciente que hacen referencia a un malestar como resultado del seguimiento de las prescripciones y a verbalizaciones que hacen referencia a la anticipación de no seguimiento de prescripciones fuera de la sesión.

#### **Verbalizaciones transcriptivas**

Se divide en analógicas, complementarias y de enseñanza que corresponden a las variables mixtas, cualitativas de tipo nominal, dado que se pueden clasificar como de enseñanza, de complementación o de analogía. También es cuantitativa continua, debido a que se obtuvieron valores paramétricos como la frecuencia. El instrumento de medición fue el SCCV EI EM-P.

**Verbalizaciones analógicas** son las que establecen semejanzas o similitudes entre los modelos médicos presentes en los sistemas convencionales normativos del paciente y del equipo médico.

**Verbalizaciones complementarias** son las verbalizaciones que hacen referencia a la incorporación de prácticas del sistema médico del equipo médico a las prácticas del sistema médico del paciente, y se

establecen como complementarias y no como suplementarias o contrarias.

**Verbalizaciones de enseñanza** son las que se relacionan con la explicación de los fundamentos del sistema médico del equipo médico o del paciente y que dan sentido a los criterios que se derivan de sus instituciones.

### El idioma

Es una variable cualitativa de tipo nominal. Se refiere al sistema de signos que utiliza una persona o comunidad para comunicarse de forma oral o escrita.

### Ajuste médico

Es una variable cuantitativa discreta de razón. Los instrumentos de medición fueron las asistencias a citas y los datos biológicos. Se define conceptualmente como un nivel de correspondencia entre las prescripciones instauradas por el equipo de salud ante una condición biológica y el comportamiento del paciente, en relación con dicha prescripción. La demostración se define con los puntajes obtenidos en los datos biológicos y en el número de asistencias médicas.

La definición operacional de las demás variables se puede consultar en el sccv EI EM-P

### Procedimiento

El procedimiento del estudio se presentó de la siguiente manera:

#### Módulo 1: Contacto con paciente

Con el fin de buscar la aceptación y la firma como representante de la población, se le entregó al comisario del pueblo el consentimiento informado del estudio en idioma castellano. De la misma manera, se dio a conocer su contenido en idioma mixteco y se describió el estudio que se llevaría a cabo. También se estableció contacto con los pacientes indígenas que fueron referidos a la UMR.

En función del idioma que cada paciente usa, se empleó el mixteco y el castellano para comunicarse con ellos. A los pacientes indígenas se les informó acerca del uso de medios audiovisuales, de la misma manera se les aclaró que si tenían

algún inconveniente con el registro de su estancia en el consultorio no se recolectarán esos datos. Se les hizo la entrega y la lectura del consentimiento informado en idioma mixteco. Debido a que el estudio fue descriptivo, no se incluyeron tratamientos alternativos en el consentimiento informado. Tampoco se presentó la traducción del consentimiento informado al idioma mixteco, ya que casi el 100 % de la población de Dos Ríos es analfabeta, por lo anterior, el interés se centró en su explicación y descripción en idioma mixteco.

#### Módulo 2: Segmentos interactivos

Se usa un dispositivo audiovisual para registrar los componentes verbales entre el paciente indígena y el equipo médico durante los segmentos interactivos de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento

#### Módulo 3: Ajuste médico

Según la asistencia a las citas subsecuentes y a la información contenida en los expedientes de los pacientes, se identificó el ajuste médico en los criterios prescritos por este equipo.

#### Módulo 4: Análisis de datos

Una vez culminadas las observaciones, se analizaron los datos y la elaboración de resultados por medio de la estadística descriptiva y del sccv EI EM-P

### Mediciones

1. Considerando la frecuencia, se usaron las medidas paramétricas del tipo de componentes verbales presentados durante los segmentos del EI EM-P.
2. Se identificó la presencia de tipos de componentes verbales y se consideran los momentos de: diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento.
3. Se reconoció el ajuste médico por parte del paciente indígena considerando los siguientes aspectos: 1. Asistencia a las citas: los datos se tomaron de manera presencial y se observa en qué porcentaje el participante acudía a sus citas programadas; 2. Datos biológicos: en función del caso, se usaron los datos de las pruebas

clínicas específicas realizadas por el equipo de salud o por instituciones externas.

## Análisis de datos

Para el análisis de datos se realizó una transcripción en idioma mixteco de los componentes verbales establecidos durante los diversos segmentos del episodio interactivo equipo médico-paciente en consulta. La transcripción se tradujo al idioma castellano por una habitante que habla ambos idiomas, que tiene un nivel superior en educación y que presenta habilidades para el uso de recursos tecnológicos. Posteriormente, la transcripción en castellano se analizó y categorizó basándose en el SCCV EI EM-P. Adicionalmente, se hizo un análisis cualitativo-descriptivo de los datos respecto al tipo de componentes verbales presentados en los distintos momentos del EI M-P y se utilizó una distribución de frecuencias que se expuso mediante histogramas.

## Aspectos éticos

Los procedimientos propuestos para esta investigación se eligieron conforme a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de Investigación para la Salud (32) y la Declaración de Helsinki. Se contó con los formatos de consentimiento informado pertinentes y se llevaron a cabo las medidas necesarias para mantener el anonimato de la identidad de los participantes en el estudio, tales como omitir datos personales e institucionales de los pacientes y modificar la imagen para que no se pueda reconocer a las personas.

## Resultados

Al analizar las condiciones de salud de una comunidad basándose en los cinco macrofactores considerados, se puede observar que Cochoapa el Grande es un municipio indígena mixteco, ubicado en la región costa-montaña del estado de Guerrero; cuenta con 137 localidades y una de estas es Dos Ríos. Esta comunidad se caracteriza por tener viviendas de adobe con techos de teja o casas de madera con techos de lámina, no cuentan con piso de concreto al interior de las viviendas;

la defecación se da a ras de suelo sin contar con un sistema de drenaje; las rutas de comunicación terrestre no están pavimentadas y de acuerdo a la época del año, sus condiciones son malas e intransitables. De otro modo, la comunidad se ubica en zonas montañosas que impiden la actividad agrícola a gran escala (11). La población consume agua proveniente del río sin someterla a procesos de cloración, además, no existe la posibilidad de adquirir agua potable, debido a que no se cuenta con la oferta de esos productos.

En cuanto a la nutrición, la alimentación consiste, principalmente, en frijol, arroz, huevo, carne y picante. Es restringida la variedad de productos a los que la población tiene acceso, dado que hay pocos comercios y su oferta alimenticia es escasa. Para poder tener acceso a otro tipo de alimentos la comunidad requiere trasladarse por más de una hora, con costos elevados en los pasajes o en la gasolina. Existen pocos hogares que prestan el servicio de abarrotes; en ellos se presenta una constante frente a la oferta de gaseosas, productos basados en harinas y alimentos enlatados y procesados para su consumo (12). La frecuencia de los cortes de luz no permite ofrecer productos que requieren refrigeración para su conservación, como son las carnes y los derivados de los lácteos, tampoco se presenta una oferta de frutas y verduras. Por otra parte, marcas como Pepsi y Grupo Modelo tienen una alta oferta de productos en la población, así como las bebidas alcohólicas y bebidas con carbohidratos elevados.

Respecto a los servicios de salud, desde el 2015 se instaló la UMR, que forma parte de un programa que al momento de hacer el estudio se llamó programa IMSS Prospera, pero por el cambio de periodo gubernamental se llama ahora IMSS Bienestar. La UMR 16 tiene un área de influencia de 45 localidades, con un total de 5042 personas que son posibles beneficiarias de este servicio de salud, de los cuales 2430 son hombres y 2612 son mujeres. De esta población, considerando ambos sexos, el 36.38 % tiene entre 0 y 10 años; el 22.44 % tiene entre 11 y 19; el 14.57 % está entre 20 y 29 años; el 9.37% tienen una edad entre 30 y 39 años; el 7.52 % de la población está entre los 40 y 49; el 3.92%

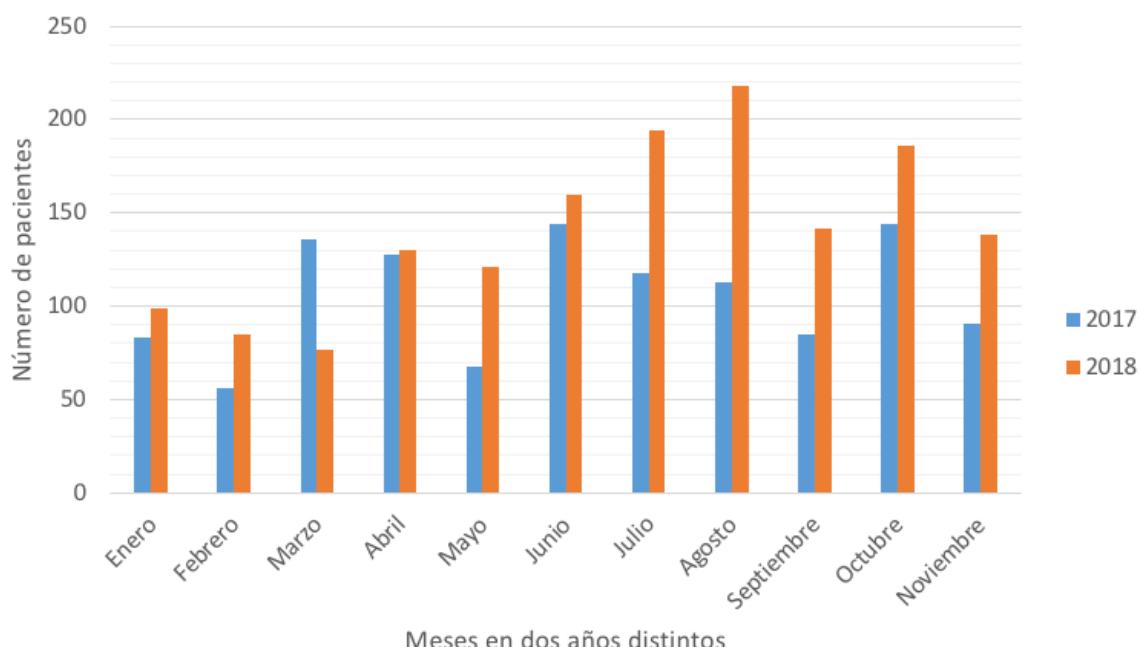
se encuentra entre 50 y 59 años; el 1.87% tiene entre 60 y 69 años; el 2.44 % está entre 70 y 79 años, y, solamente el 1.51 % tiene 80 años o más. No se ha identificado si el bajo porcentaje de población adulta es debido a la migración o al promedio de vida de las personas, lo cual podría relacionarse directamente con la esperanza de vida y el estado de salud de la población.

Además, el 79.76 % de la población es analfabeta; solo el 12.39 % sabe leer y escribir; el 5% tiene estudios de primaria concluidos; menos del 2% tiene estudios de secundaria, y menos del 1% de la población ha concluido sus estudios de nivel medio superior. Esta situación se relaciona, entre otros aspectos, con la carencia de instituciones educativas y con la diferencia cultural que se presenta entre el idioma usado en las instituciones formales de educación (castellano) y el idioma de la población (mixteco).

El tiempo de traslado a la UMR desde las distintas comunidades en donde viven los beneficiarios de la institución, comúnmente, es de media a dos

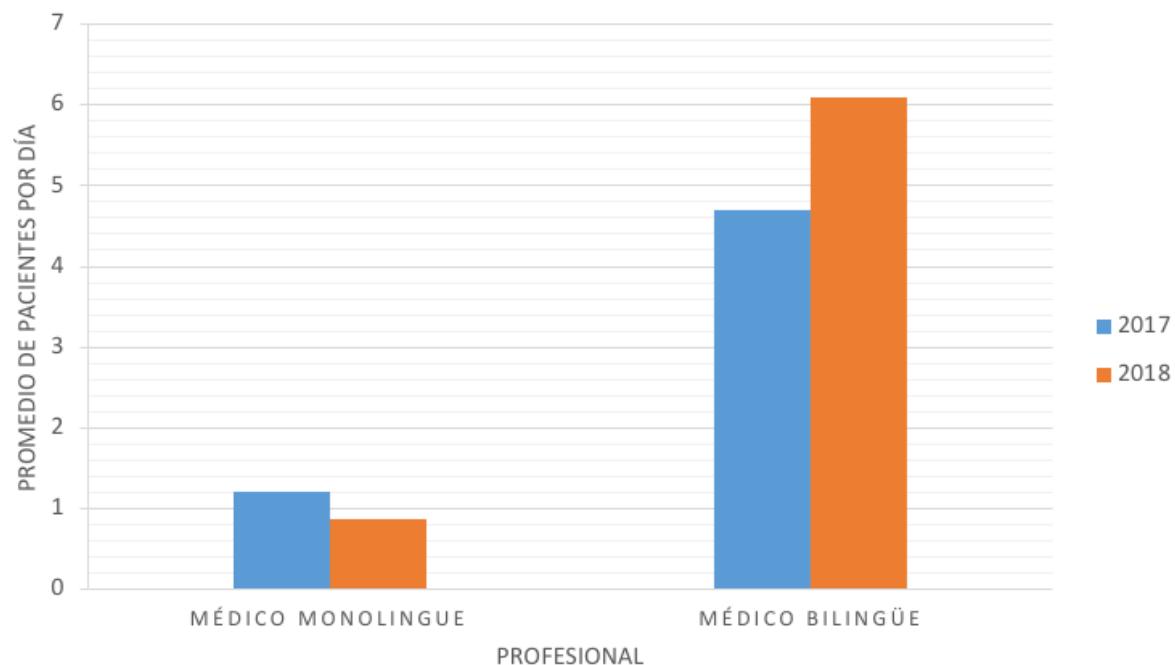
horas en automóvil, sin embargo, algunos pacientes llegan a presentar traslados de más de cuatro horas caminando, puesto que tienen dificultades para obtener un medio de transporte y para utilizar las vialidades debido a sus condiciones. De otro lado, cuando se requiere atención de segundo y tercer nivel, los habitantes se deben transportar a Ometepec o a Tlapa, ciudades que se encuentran a cinco y cuatro horas de distancia, respectivamente. Este tiempo puede aumentar en la temporada de lluvia. Además, el costo ida-vuelta del transporte varía entre 300 y 400 pesos mexicanos, valor excesivo en proporción a los ingresos económicos de los habitantes de esas comunidades.

El uso de la UMR ha aumentado a través del tiempo, desde su instauración hasta el año 2018 (Figura 1). Por otra parte, los pacientes mixtecos acuden a la UMR de manera diferencial, en función del equipo médico que se encuentre laborando y el idioma en que este se comunica (Figura 2). Es decir, son sensibles al idioma y prefieren que la consulta médica se presente en idioma mixteco.



**Figura 1.** Número de pacientes que asistieron a la UMR: comparación entre períodos.

Fuente: elaboración propia.

**Figura 2.** Promedio de pacientes atendidos por día.

Fuente: elaboración propia

Se identificaron las siguientes características durante la impartición del servicio médico: en cuanto al equipo médico, este otorga una primacía al tratamiento farmacológico respecto a la dieta y a otros aspectos comportamentales, sin embargo, en ocasiones hay desabastecimiento de medicamentos; sus estrategias son puramente verbales, no utilizan otras herramientas, no se observan estrategias para que los pacientes entiendan el padecimiento y la relación con su comportamiento, así como la importancia de ajustarse a las indicaciones médicas. Asimismo, no se le proporciona información al paciente sobre su estado de salud y en muchas ocasiones, se ofrece el servicio de salud en un idioma distinto al de la población. Por otra parte, los pacientes presentan un ajuste médico adecuado respecto a las citas tomadas en la UMR; hay un bajo nivel de ajuste en los estudios y pruebas prescritas por el equipo médico, tal vez el aspecto económico es un factor que regula este desajuste. Por último, se observaron dos casos de muerte en pacientes, en las que fue determinante la gran distancia entre sus viviendas, la UMR y los hospitales de segundo y tercer nivel más cercanos.

Para analizar la interacción lingüística equipo médico-paciente indígena se caracterizaron dos tipos de componentes verbales, transcriptivos y valorativos, asimismo se utilizó el SCCV EI EM-P. Para exemplificar el tipo de componentes verbales transcriptivos identificados y categorizados se describirán algunas situaciones:

### **Verbalizaciones de analogía**

Se refieren al establecimiento de semejanzas o similitudes entre los sistemas médicos presentes en la comunidad del paciente y aquellos que regulan el modo de actuar del equipo médico; por ejemplo, “Esto que tú llamas latido nosotros le denominamos gastritis”.

### **Verbalizaciones de complementación**

Hacen alusión a la incorporación de prácticas del sistema de salud del equipo médico a las prácticas del sistema de salud del paciente y las establece como complementarias, más no como suplementarias. Por ejemplo: “¿Qué tal si agregamos estas pastillas a las hierbas que te estás tomando? Dos son mejor que una y no son incompatibles”.

## **Verbalizaciones de enseñanza**

Establecen relaciones entre la nosología, semiología y etiología del sistema de salud del equipo médico o del paciente, y el padecimiento de este último, lo anterior da sentido a los criterios que se derivan de sus instituciones. Por ejemplo: "Esto que te vas a tomar se llama paracetamol, es una pastilla que sirve para quitarte el dolor que sientes en la panza; ese dolor te ha dado porque tienes unos bichos que se llaman bacterias y hacen que tengas una enfermedad llamada infección de estómago".

Por otra parte, para ejemplificar las situaciones en cuanto a los componentes verbales valorativos (33-34) se puede mencionar lo siguiente:

### **Verbalizaciones positivas**

Además de ser verbalizaciones que expresan aceptación, acuerdo, conformidad con base en el comportamiento del equipo médico y del paciente, también son aquellas verbalizaciones que expresan logro y bienestar como resultado del seguimiento de las prescripciones; así como verbalizaciones sobre las prescripciones hechas fuera de la sesión. Por ejemplo: "Te felicito por haber tomado los medicamentos como te lo recomendé, de esa manera pronto se te quitará el dolor en tu panza" y "es bueno que sigas yendo con tu médico tradicional y te tomes las hierbas, ya que eso demuestra un compromiso para curarte".

### **Verbalizaciones negativas**

Son las verbalizaciones valorativas que expresan desacuerdo, rechazo, o disconformidad respecto al comportamiento del médico y del paciente, también indican aquellas verbalizaciones del paciente que se refieren a un malestar como resultado del seguimiento de las prescripciones. Por ejemplo: "¿Para qué te tomas esas hierbas si no sirven para nada? Ya no vayas con el curandero porque eso no funciona" y "doctor, no me voy a tomar las pastillas porque no sirven de nada y no me hacen efecto sobre mi dolor".

Los segmentos interactivos de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento se identificaron conforme al tipo de relación funcional que se estableció entre el equipo médico y los pacientes (33). Cada segmento se define de la siguiente manera:

## **Diagnóstico**

Por medio de la interacción lingüística, un miembro del equipo médico posibilita que el paciente entre en contacto funcional con su enfermedad, puesto que le informa sobre el nombre del padecimiento y las causas que lo originaron. De este modo el equipo médico media la interacción entre el paciente y su enfermedad, y regula dicha relación al establecer un diagnóstico específico basándose en criterios institucionales y paradigmáticos; es decir, teniendo en cuenta una institución de salud y un modelo médico.

## **Pronóstico**

Por medio de la interacción lingüística, un miembro del equipo médico permite que el paciente se relacione de manera útil con situaciones que se pueden presentar como resultado de su condición orgánica actual, tales como el desarrollo de otras enfermedades, operaciones, complicaciones, cese de la vida, etc. De esta manera, el miembro del equipo médico media la relación entre el paciente y las situaciones, procedimientos o consecuencias que podrían presentarse en el futuro.

## **Tratamiento**

Por medio de la interacción lingüística, un miembro del equipo médico permite que el paciente relacione su comportamiento con su enfermedad e identifique conductas necesarias para evitar el avance acelerado de la enfermedad; alejar el avance; impedir el desarrollo de enfermedades colaterales y contribuir a la calidad de vida adecuada aun en la condición biológica actual. En este episodio se espera que los criterios impuestos por el equipo de salud, expresados de manera lingüística, regulen el comportamiento de dicho paciente sobre lo que debe hacer en situaciones hospitalarias y en otras situaciones que pueden ser posteriores al momento en el que se explicitan dichos criterios. De manera general, la mediación lingüística del equipo médico se relaciona con tres grandes categorías: dieta, medicación y actividad física.

## **Seguimiento**

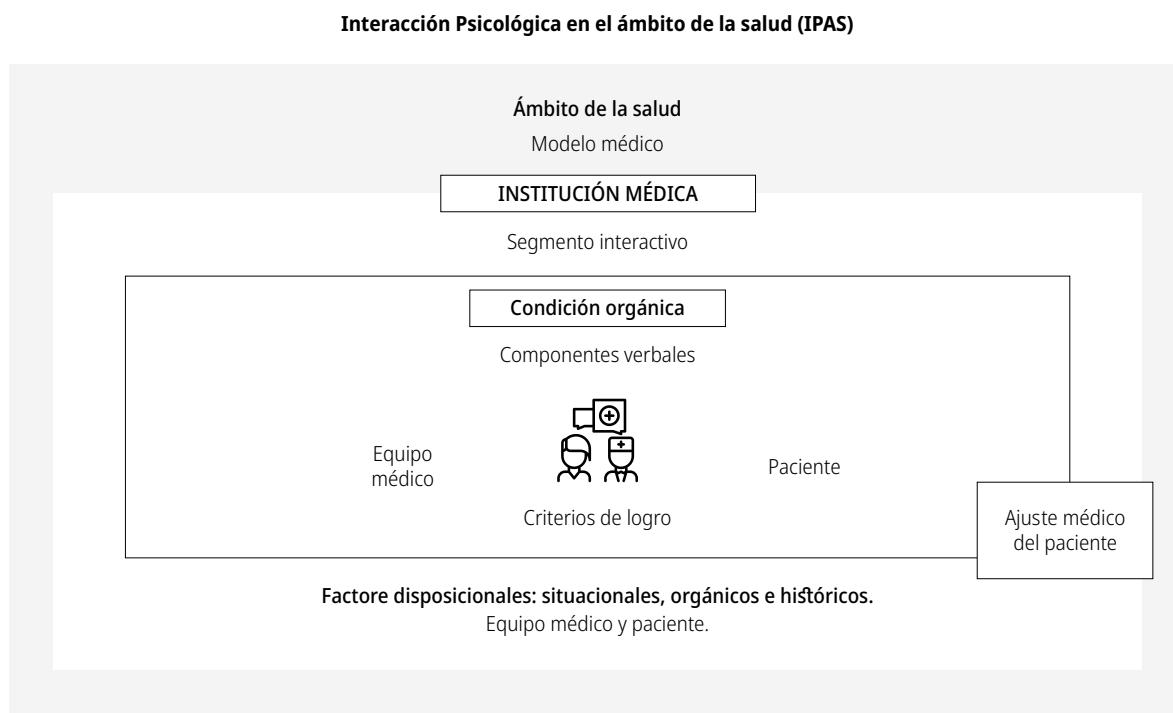
El equipo médico evalúa la correspondencia entre el comportamiento del paciente y el tratamiento

prescrito; es decir, establece la distancia que hay entre las prescripciones que especificaban el comportamiento esperado del paciente respecto al comportamiento real presentado por este. Con base en los resultados obtenidos, el equipo médico lleva a cabo una retroalimentación para que el paciente modifique su comportamiento en la dirección esperada y en función de su condición orgánica.

Adicionalmente, se incluyeron las categorías mencionadas por Rodríguez (33) y Morales, Peña, Hernández y Carpio (35) respecto a las funciones

que llevarán al profesional a que sea efectivo su servicio, tales como: instruir, instigar, informar, regular, explorar e ilustrar. Estos datos se desarrollaron de manera extensa en otro escrito (36).

Por último, el estudio tuvo como marco regulador el modelo de la Interacción Psicológica en el Ámbito de la Salud (IPAS), desarrollado desde una perspectiva disciplinaria psicológica y apoyado en la teoría interconductual (37). El IPAS y sus distintos momentos se pueden representar de la siguiente manera (Figura 3).



**Figura 3.** Interacción Psicológica en el Ámbito de la Salud.

Fuente: elaboración propia.

Se obtuvieron 103 sesiones al analizar los registros audiovisuales de las consultas realizadas, con una duración promedio de 23:24 minutos y se organizaron de la siguiente manera (Tabla 1). Del total de pacientes que fueron incluidos en la observación, se identificó una epidemiología en la que las enfermedades infecciosas tuvieron prevalencia, específicamente aquellas relacionadas con infecciones gastrointestinales derivadas de las condiciones ambientales presentes en la comunidad.

**Tabla 1.** Distribución de las consultas por diagnóstico

Motivo	Número de consultas
Aguda	51
Crónica	10
Embarazo	30
Otro	12

Fuente: elaboración propia.

Al analizar las interacciones lingüísticas equipo médico-paciente con las categorías establecidas se obtuvieron los siguientes datos (Tabla 2 y Figuras 4, 5 y 6). Hay una prevalencia de los componentes verbales transcriptivos educativos, en cuanto a todos los demás. Prácticamente, son los únicos componentes verbales que se presentan y casi siempre establecen relaciones entre nosología, semiología, etiología y el comportamiento del paciente respecto al sistema biomédico; es decir, se

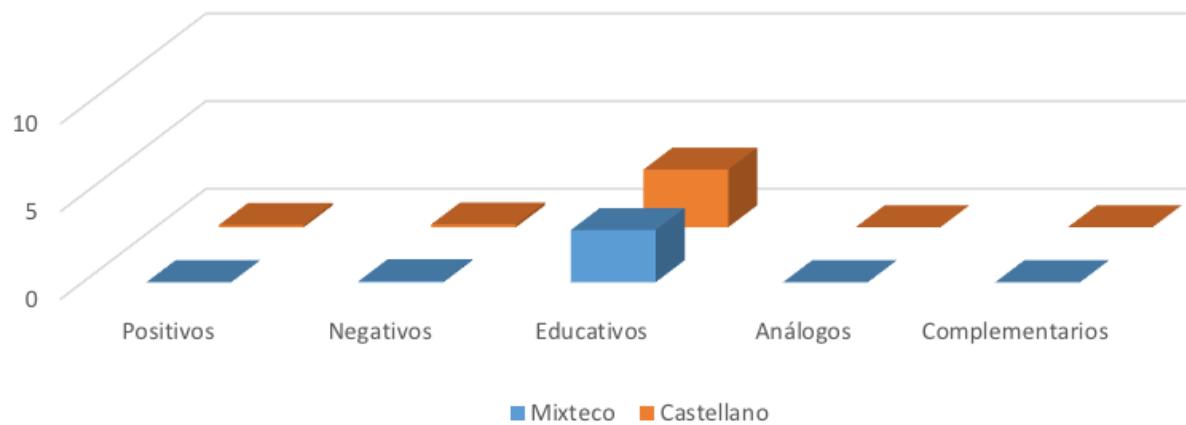
mencionan relaciones entre el comportamiento y el proceso de salud-enfermedad del paciente desde la postura del sistema biomédico; por ejemplo: “Esta medicina te la debes de tomar para que se te quite la gripe”, “este estudio es para revisar tus niveles de glucosa, y de acuerdo con los resultados, tus niveles son buenos”, o “necesitas clorar el agua para que se eliminen las bacterias que hay en esta”. De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la mayoría se presentó durante los segmentos interactivos de diagnóstico y tratamiento. No se observó mayor presencia de este tipo de componentes en las consultas a pacientes con enfermedades crónicas, puesto que se requiere de una mayor enseñanza médica para que el paciente ajuste su comportamiento a una enfermedad propia del sistema biomédico, que tiene una relación directa con el estilo de vida y las elecciones conductuales. Tampoco se identificaron diferencias en función del tipo de profesionales que participaron en la interacción equipo médico-paciente, ni del idioma en que se presentó la consulta.

Las valoraciones negativas del equipo médico se dirigieron a las prácticas y a los médicos del sistema de salud indígena, así como a las prácticas de gestación de las mujeres de la comunidad que se relacionan con los años de la paciente y el número de hijos. Por otro lado, las valoraciones negativas de los pacientes se encaminaron hacia la ausencia de médicos tradicionales en la clínica o a la ineffectividad de los tratamientos del sistema biomédico.

**Tabla 2.** Componentes verbales durante la consulta.

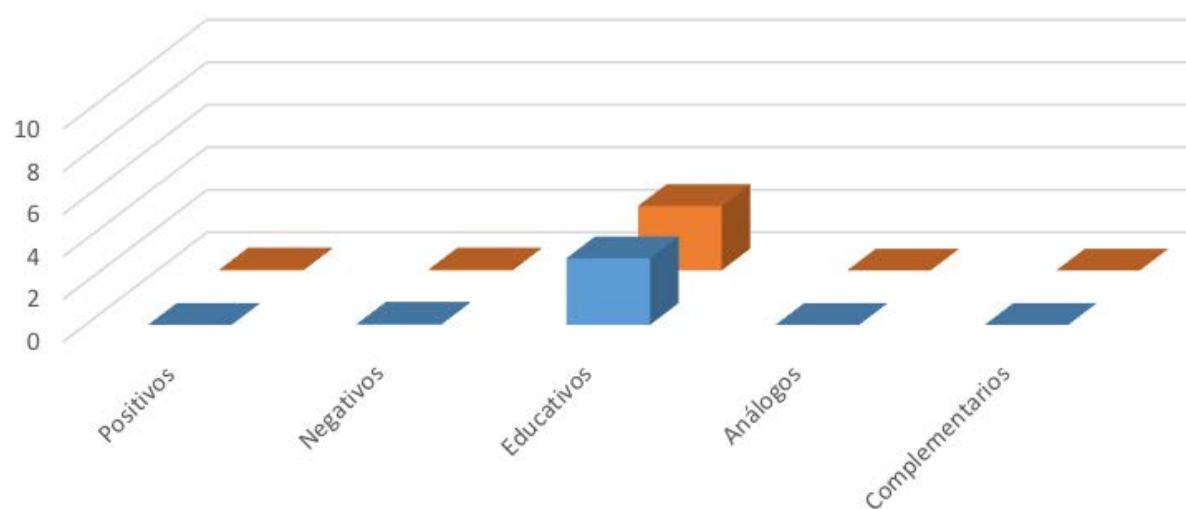
Componentes verbales	Emisiones totales	Segmento informativo	Segmento de diagnóstico	Segmento de pronóstico	Segmento de tratamiento	Segmento de seguimiento
Valorativo positivo	5	1	4	0	0	0
Valorativo negativo	9	1	5	0	3	0
Transcriptivo educativo	315	4	91	14	206	0
Transcriptivo complementario	0	0	0	0	0	0
Transcriptivo analógico	1	1	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia.



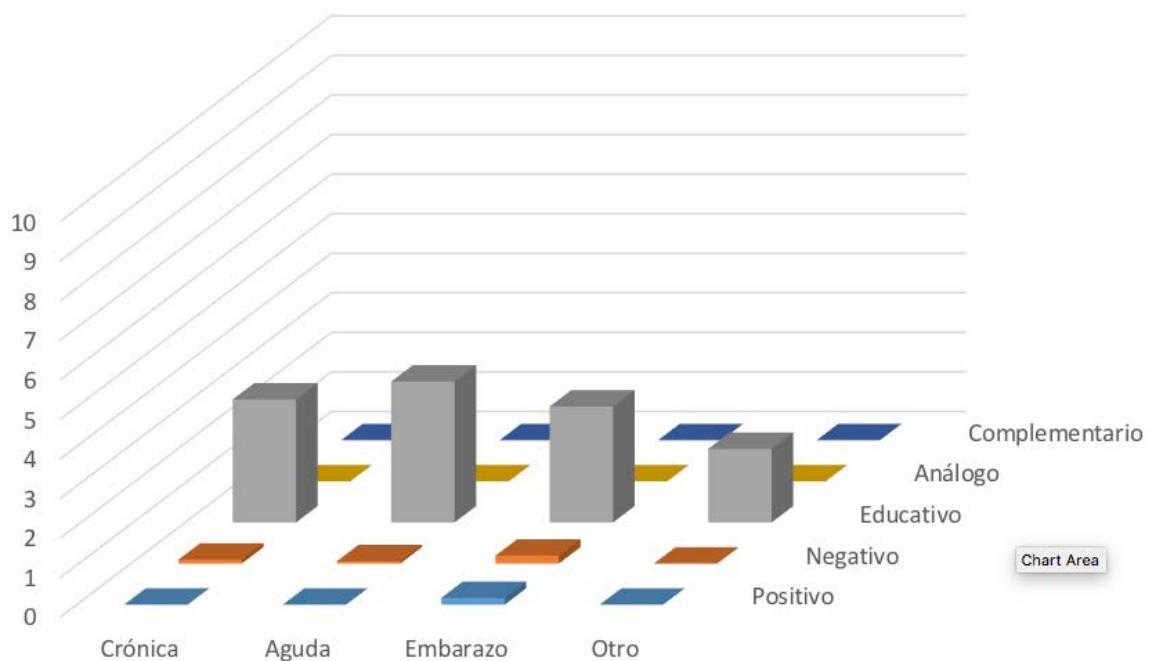
**Figura 4.** Promedio de emisión de componentes verbales por consulta y por idioma

Fuente: elaboración propia.



**Figura 5.** Promedio de emisión de componentes verbales por consulta y por tipo de profesional.

Fuente: elaboración propia.



**Figura 6.** Promedio de emisión de los componentes verbales por cada consulta. en función de su motivo.

Fuente: elaboración propia.

Respecto a las categorías de las funciones del profesional, en este caso, del equipo médico, se obtuvieron los siguientes datos (Tabla 3).

**Tabla 3.** Función del equipo médico

Función	Emisiones durante el segmento interactivo de tratamiento
Instruir	290
Instigar	60
Regular	56
Informar	147
Ilustrar	51
Explorar	10
Auspiciar	1

Fuente: elaboración propia.

La mayoría de las veces el equipo médico actuó en función de instruir; es decir, durante el segmento interactivo de tratamiento, el médico prescribió los criterios a los que el paciente tendrá que ajustarse, no obstante, el equipo médico no planeó ambientes para comprobar si los pacientes entendieron las indicaciones. En pocas ocasiones exploró si los pacientes cuentan con las habilidades necesarias o ilustró la manera como se deben comportar; por ejemplo, al preparar los alimentos, suplementos o sueros, o al tomar medicamentos.

De la misma manera, se consideraron los componentes verbales en los que el equipo médico compartió el idioma de los pacientes; es decir, en los que se comunicó en mixteco. De los cinco profesionales evaluados, un médico se comunicó siempre en el idioma principal de la región, de los profesionales restantes, en diez de trece consultas analizadas solo una enfermera presentó componentes verbales en idioma mixteco (llamados

componentes interculturales). Esto indica que los tres profesionales restantes; un médico y dos enfermeras, no han aprendido el idioma mixteco, aun cuando es el idioma que se habla en la comunidad en la que han laborado por más de dos años. Para posibilitar el servicio médico, los pacientes requieren desarrollar el idioma castellano, o llevar a un traductor. De acuerdo a lo anterior, los pacientes tuvieron que llevar a un traductor en 16 de las 37 consultas que no se realizaron con el médico que habla mixteco.

Acerca de las prescripciones médicas, se observó que solo en el 53.39 % del total de las consultas (55 de las consultas) el equipo médico, de acuerdo al tratamiento elaboró una receta médica o hizo anotaciones en las cajas de los medicamentos. En los demás casos solamente se dieron indicaciones orales. Además, en los casos en los que se dieron recetas médicas escritas, no se consideró que el castellano no es el idioma de la comunidad y que la mayoría de la población es analfabeta.

## Discusión

En el presente trabajo se observó la interacción lingüística equipo médico-paciente, ante las condiciones de enfermedad crónica y aguda de una comunidad indígena del estado de Guerrero. Se realizó un análisis para identificar las condiciones estructurales de la comunidad de Dos Ríos, basándose en la salud y en cómo se imparte el servicio médico desde una perspectiva bioética. Se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1). Se reduce la probabilidad de que el factor comportamental pueda modificar el estado de salud de la población, debido a que las condiciones socioeconómicas y estructurales limitan la posibilidad de acción de los pacientes y del equipo médico.
- 2). Dos macrofactores que explican la salud, la nutrición y el ambiente se evidencian de una manera desfavorable en la comunidad estudiada y tienen un poder explicativo crítico de acuerdo a las condiciones presentes.
- 3). Aunque existe una clínica que da cobertura médica a la población, el servicio médico no cumple la función de preservar el estado de

salud de los pacientes, esta situación ocurre del mismo modo en otras poblaciones, debido a la diferencia de idiomas y la diversidad cultural que implica conocimientos médicos diferentes y comportamientos disímiles entre el equipo médico y los pacientes indígenas.

- 4). A excepción de los componentes verbales transcritivos educativos, los demás componentes verbales mostrados por el equipo médico no favorecen el ajuste en la salud del paciente, ya que son escasos aquellos que posibilitan un buen estado de salud en condiciones de diferencias culturales.

## Acciones de las instituciones y de los Gobiernos

Es común que se mencione, tanto por instituciones gubernamentales como por docentes e investigadores, que el elemento indispensable para que una comunidad mejore sus condiciones de salud es la presencia de una institución que brinde este servicio. Esto significa que la salud de la población debe mejorar cuando el Estado instaure una clínica en una comunidad como Dos Ríos, de lo contrario, la responsabilidad recae en los pacientes, puesto que si tienen la posibilidad de acudir a una institución médica y no mejora su salud es porque “no quieren cuidarse”. En otras palabras, se establece que el comportamiento individual es el factor primordial que responsabiliza al paciente de las condiciones de su salud (38). Es verdad que el comportamiento individual es un factor que incide en el estado de salud de una persona y que desde la perspectiva psicológica es el factor crítico, sin embargo, este componente de responsabilidad está subordinado a otras condiciones.

Una pregunta que surge es: ¿por qué las poblaciones en condiciones de pobreza extrema tienen los peores índices de salud y el menor ajuste a la parte terapéutica? La enfermedad y la mortalidad también ocurren por causas sociales, lo que explica su distribución desigual en los diversos grupos sociales (38). La Commission on the Social Determinants of Health (CSDH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó en el 2008 que las condiciones de vida común en que las personas

nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, determinan su tiempo de vida y su morbilidad (38). Esta redefinición de la incidencia relativa que tiene cada uno de los pilares que caracteriza la salud en el transcurso de la vida, posibilita observar la situación de comunidades indígenas, como Dos Ríos, desde una postura bioética que establece la justicia social como una cuestión central; es decir, el Estado y sus instituciones son responsables de la mala salud de la población indígena, incluso con la instauración de clínicas y hospitales, ya que los factores sociales se mueven lentamente, y eso no es responsabilidad de los pacientes (39-40).

De la misma manera, a los pacientes no se les ha otorgado la libertad de elegir entre tomar o no tomar una decisión por medio de la ejecución de cierto tipo de conductas, dado que, por las condiciones socioeconómicas en las que viven no hay opciones disponibles. En gran medida, su estilo de vida es resultado de la injusticia social y no de sus elecciones (41). Por ejemplo, si de acuerdo a su condición biológica, un paciente no puede elegir entre dos tipos de alimentos; uno de protección y otro de riesgo, no tiene libertad de elección. De lo anterior podría mencionarse que la incidencia de su comportamiento como factor que describe su salud disminuye, mientras que los factores sociales y ambientales aumentan y se vuelven críticos. Si un paciente indígena no puede acudir a un laboratorio médico o a un hospital de tercer nivel para realizarse unos análisis o unos procedimientos quirúrgicos necesarios para el tratamiento de su enfermedad, no se le puede decir que posee un desajuste médico igual al que posee una persona que puede acudir a un hospital o a un laboratorio y decide no hacerlo.

La posibilidad de elección está relacionada con el hecho de asumir o no asumir riesgos, de acuerdo a los estilos de vida saludables o no saludables. En la actualidad, se enfatiza en el comportamiento individual de los pacientes con relación a la dieta, la toma de fármacos y la actividad física. Se busca que los usuarios sean responsables de su salud cuando se brindan campañas de información, se psicoeduca y se establecen instituciones de salud en su comunidad. Sin embargo, ¿qué sucede cuando el paciente no puede elegir entre los diferentes

estilos de vida o cuando se le informa en un idioma que no es el propio? En la imposibilidad de la elección personal se puede observar una inequidad en el acceso a los servicios de salud, visto que hay una distribución desigual de los macrofactores en las poblaciones indígenas. Quizá se podría mencionar que es una desigualdad inevitable debido a características propias del país mexicano, que cuenta con una capacidad económica limitada para dar ciertos servicios básicos a toda la población, sin embargo, es importante identificar que muchos de los grupos en condiciones de pobreza o pobreza extrema corresponden a comunidades indígenas como la de Dos Ríos. Pareciera que la cultura y la etnia son factores que determinan cómo se presentan y se distribuyen los elementos relacionados con los macrofactores (42). Es posible que no se pueda concluir si es inequitativo el acceso a los servicios de salud, pero está claro que las personas indígenas de esta comunidad y de muchas otras no tienen las mismas oportunidades de acción y elección en este ámbito. En la comunidad de Dos Ríos se identificó una desigualdad respecto a diversos macrofactores, como se ha identificado en otras comunidades indígenas.

En muchas ocasiones el equipo médico menciona que los pobladores que habitan las zonas más marginadas del país, en su mayoría indígenas, no cuidan su salud, puesto que, aunque reciben información y talleres sobre los estilos de vida saludable, siguen implementando prácticas que facilitan el desarrollo de enfermedades agudo-infecciosas y crónico-degenerativas. No obstante, la promoción de las entidades que se enfocan en que las personas adquieran mejorías y mayor control sobre su salud, no es funcional sin una transformación de las condiciones objetivas de existencia de esta población (43-44). Por otra parte, el equipo médico deja de lado lo dietético y el estilo de vida en general cuando dirige sus intervenciones clínicas a la modificación de aspectos farmacológicos. Adicionalmente, suponen que “decir” es suficiente para que los pacientes modifiquen su comportamiento, sin incorporar otras estrategias y sin considerar las diferencias culturales entre ellos y los pacientes indígenas (14). En otros términos, aunque en el macrofactor se han visto avances (el sistema médico

y la cobertura en salud), por falta de habilidades básicas e interculturales del equipo médico, se impide el establecimiento de un ajuste médico adecuado.

Basándose en la bioética, el conocimiento que se ha generado desde diversas disciplinas para establecer una atención médica a la población indígena no se está implementando en una comunidad con una población 100 % mixteca, como lo es Dos Ríos, por lo que es probable que tampoco se implemente en zonas con porcentajes menores. La incorporación de componentes verbales valorativos y descriptivos interculturales no se evidencian o se evidencian con índices muy bajos; es decir, a pesar de la disposición de conocimiento se siguen manteniendo prácticas que no incorporan la perspectiva bioética. Dado que las instituciones biomédicas están a cargo del Estado, el Gobierno mexicano sigue brindando un servicio en la salud cada vez más amplio, pero sin los ajustes necesarios para que sea funcional y justo.

Es importante considerar que los pacientes indígenas están en un proceso de aprendizaje de un sistema médico nuevo y diferente al propio (45), por ello se presentan resultados en su salud menos favorables que en el resto de la población, sin embargo, esto no se debe a un atraso, a comportamientos o creencias erróneas (46), se debe a que la cultura de la población indígena concibe la vida de modos distintos, característica que se observa, por ejemplo, en el ámbito de la salud, puesto que poseen sistemas y modelos médicos diferentes al biomédico. La situación expuesta anteriormente hace que se margine a la población indígena al considerar que no quiere mejorar sus condiciones de vida. Para que la población indígena se beneficie del conocimiento derivado del modelo biomédico de salud, el Gobierno, las instituciones médicas y los profesionales del área de la salud necesitamos identificar los elementos necesarios y el tipo de intervenciones y servicios funcionales. Negarles este beneficio por tener prácticas distintas y un idioma diferente, negaría también, los principios de bioética con los que requerimos guiar nuestro quehacer.

Como mencionan Jean y Braune (13), los profesionales de la salud requerimos relativizar el conocimiento médico; es decir, considerarlo como

parte de una cultura, lo que implica comprender que este conocimiento es particular, relativo y condicional. En este momento nos encontramos ante una naturalización del conocimiento médico, que está alejado de la cultura y que se considera como universal, absoluto y general. El relativismo implica percibir a los otros grupos sociales según sus valores y conocimientos, y que el campo de la salud sea uno de ellos (47). Las prácticas impositivas de la forma de ver el mundo (se incluye el sistema médico) a través de los medios de comunicación, la educación formal y no formal, representa un problema bioético en el que se intentan catalogar a los sistemas médicos indígenas como creencias y arraigos culturales, o como enfermedades con filiación cultural y obliga a los habitantes a comportarse de acuerdo a criterios ajenos a su cultura (39).

Por último, el énfasis en la situación inequitativa que vive la comunidad de Dos Ríos, por tener asignada una distribución de recursos de salud y de condiciones sociales injustas, no implica olvidar la importancia de los servicios de salud y del comportamiento de los pacientes. Aunque la distribución de los macrodeterminantes sociales mejore, la población seguirá enfermándose, por lo que necesitará de servicios de salud y del ajuste de su comportamiento a los criterios que el equipo médico (ajeno o propio a su cultura) establezca (41). Y, por el contrario, aunque el servicio de salud y el comportamiento de los pacientes se modifique, las condiciones de salud de la comunidad no mejorarán mientras no se modifiquen los macrodeterminantes sociales, como la nutrición y el ambiente.

## Referencias bibliográficas

1. INEGI. Hablantes de lengua indígena en México [Internet]. México:INEGI; 2019. [Citado 2019 febr. 21] Disponible en: <http://cuentame.INEGI.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P#uno>
2. Cárdenas SA. Un acercamiento a la presencia africana en México. En: Ruiz CR, coordinador. La presencia africana en la música de Guerrero. Estudios regionales y antecedentes histórico-culturales. México: Secretaría de Cultura, INAH; 2016. p. 17-30.
3. CIESAS. Bajo el estigma de la discriminación y la pobreza, se celebra “el Día Mundial de las Poblaciones Indígenas”

- [Internet]. México: CIESAS; 2016 ag. 8. [Citado 2019 my. 25]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cien-ciamx.com/index.php/centros-de-investigacion/centros-publicos-de-investigacion/9517-bajo-el-estigma-de-la-discriminacion-y-la-pobreza-se-celebra-el-dia-mundial-de-las-poblaciones-indigenas>
4. INEGI. Diversidad guerrerense [Internet]. México: INEGI; 2015 [Citado 2019 my. 16].[1 pantalla]. Disponible en: <http://cuentame.INEGI.org.mx/monografias/informacion/gro/poblacion/diversidad.aspx?tema=me&e=12.;> en diversidad guerrerense
  5. Gobierno de México. Archivo de la Administración 2014-2015. Los pueblos indígenas de Guerrero y su lengua materna [Internet]. México: Gobierno de Guerrero; 2015 [Citado 2017 mzo. 15].
  6. Gobierno de México. Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general de la salud poblacional [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2015 mzo. 15 [Citado 2019 abr. 20]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-salud-de-los-mexicanos-20157>.
  7. Gobierno de México. Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018 [Internet]. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; 2014 [Citado 2017 sept 18]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32305/cdi-programa-especial-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>
  8. Gobierno de México. Programa Nacional de Salud 2007-2012 [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2007 [Citado 2019 jul. 26]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
  9. Gobierno de México. Perfil epidemiológico de los municipios indígenas de México [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2012 [Citado 2019 my. 24]. Disponible en: [https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/municipios\\_indigenas\\_mexico.pdf](https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/municipios_indigenas_mexico.pdf)
  10. Sánchez-Sosa JJ. Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health. Psychology. En: Carta S, editor. Psychology. Encyclopedia of life support systems [Internet]. Reino Unido; EOLSS UNESCO; 2002 [Citado 2018 junio20]. Disponible en: <https://www.eolss.net/sample-chapters/C04/E6-27-01-02.pdf>
  11. Gobierno de México. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2017 [Internet]. México: SEDESOL; 2017 [Citado 2019 febr 21]. Disponible en: [http://diariooficial.gob.mx/SEDESOL/2017/Guerrero\\_078.pdf](http://diariooficial.gob.mx/SEDESOL/2017/Guerrero_078.pdf)
  12. Márquez CH. Jaque perpetuo: quebranto de la reproducción social [Internet]. En: Hernández J, Esquivel S, Martínez L, coordinadores. Salud mental y pobreza: una mirada desde la globalización. México: Taberna librería editores; 2017. Disponible en: <http://ricaxcan.uaz.edu.mx/jspui/handle/20.500.11845/924>
  13. Jean LE, Braune WF. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado en las ciencias de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jun. 2010 [Citado 2019 my. 16]; 18(3):177-185. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf)
  14. Chávez VO, Carpio RC. El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. Rev. Latino-Am. Bioet [Internet]. 2018 jun. 21 [Citado 2018 my 5]; 18(35-2). Disponible en: doi: <https://doi.org/10.18359/rli.3422>
  15. Correal-Muñoz CA, Arango-Restrepo P. Aspectos bioéticos en la salud comunitaria. Pers. Bioét [Internet]. 2014 jul. [Citado 2018 ag. 1]; 18(2):194-212. Disponible en: doi: [10.5294/pebi.2014.18.2.9](https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.9)
  16. Menéndez EL. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos. En: Campos-Navarro R, coordinador. Antropología Médica e Interculturalidad. México: McGraw Hill; 2016. p. 297-320.
  17. Gobierno de México. Reforma 227: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 29-01-2016 [Internet]. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2016 en. 29 [citado 2020 my 14] Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/ref/dof/CPEUM\\_ref\\_227\\_29ene16.pdf](http://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/ref/dof/CPEUM_ref_227_29ene16.pdf)
  18. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenidos [Internet]. Costa Rica: IIDH; 2006. [Citado 2020 mayo 14] Disponible en: <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>
  19. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades [Internet]. México: CNDH; 2015. [Citado 2020 my. 14]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
  20. Peñaranda F. Sujeto, justicia social y salud pública. Ciênc. Saúde Colet [Internet]. 2015;20 (4): 987-996 [Citado 2018 ag. 1]. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00552014>
  21. Venkatapuram S. Justice and Global Health Research. AJOB [Internet]. 2016; 16(10):46-66. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2016.1214333>
  22. Forgione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educa-

- tivo. méd.uis [Internet]. 2015 [Citado 2019 jun.1]; 28 (1): 7-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a01.pdf>
23. Kolstrup N, Mosquera MT. Relevancia de la comunicación como fundamento del cuidado sanitario. En: Campos-Navarro R, coordinador. *Antropología Médica e Interculturalidad*. México: McGraw Hill; 2016, p. 270-276.
  24. Muñoz MR. Atención médica, adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral y discriminación. *Revista pueblos y fronteras digital*. [Internet] jun.-nov. 2014; 9(17): 95-115. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2014.17.65>
  25. Vargas LA, Campos-Navarro R, Casillas L. Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas. En: Campos-Navarro R, coordinador. *Antropología Médica e Interculturalidad*. México: McGraw Hill; 2016. p. 262-269.
  26. Vargas LA. La atención del personal de salud al paciente en situaciones interculturales. En: Citarella L, Zangari A, editores. *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* [Internet]. prohisaba Corporación Italiana. Bolivia: Gente común; 2009 [Citado 2019 my 20]. Disponible en: [https://www.academia.edu/777671/LA\\_SALUD\\_EN\\_LA\\_COSMOVISIÓN\\_INDÍGENA](https://www.academia.edu/777671/LA_SALUD_EN_LA_COSMOVISIÓN_INDÍGENA)
  27. Becerra GA, Reynoso-Erazo L, coordinadores. *Medicina Conductual: Teoría y práctica* [Intenet]. México: unam; 2014. Efectos del comportamiento terapéutico e interacción con el paciente. P. 65. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/270217579\\_Medicina\\_Conductual\\_Teoría\\_y\\_Práctica](https://www.researchgate.net/publication/270217579_Medicina_Conductual_Teoría_y_Práctica)
  28. Froján PM, Montaño FM, Calero EA. ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema* [Internet]. 2006 [Citado 2019 my. 20]; 18(4):797-803. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3311.pdf>
  29. Froján PM, Alpañés FM, Calero EA, Vargas CI. Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema* [Internet]. 2010 [Citado 2019 my. 15]; 22 (4):556-561. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3766.pdf>
  30. Ruiz-Sancho EM, Froján-Parga MX, Calero-Elvira A. Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de psicología* [Internet]. 2013 sept. 20 [Citado 2019 jun. 1]; 29(3):779-790. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.135401>
  31. Chávez VO, Morales CG. El servicio médico como un proceso educativo de enseñanza-aprendizaje. *Rev Elec Psic Izt* [Internet]. 2019; 22 (2):2126-2140. Disponible en: <https://www.mediographic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192x.pdf>
  32. Gobierno de México. Ley general de salud [Internet]. Secretaría de Salud. México: 2015 ag. 17 [Citado 2019 jun. 1]; [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/ley-general-de-salud>
  33. Rodríguez CM, coordinadora. *Ánalysis contingencial* [Internet] México: UNAM FES Iztacala; 2006. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/giah/linea1.html>
  34. Zolla C, del Bosque S, Mellado V, Tascón A, Maqueo C. Medicina tradicional y enfermedad. En: Campos-Navarro, R, coordinador. *Antropología Médica e Interculturalidad*. México: McGraw Hill; 2016: 373-386.
  35. Morales G, Peña B, Hernández A, Carpio C. Competencias didácticas y competencias de estudio: su integración funcional en el aprendizaje de una disciplina. *Rev. Alternativas en psicol* [Internet]. 2017 febr. [Citado 2019 mzo. 8]; 37. Disponible en: <http://www.alternativas.me/26-numero-37-febrero-julio-2017/143-competencias-didacticas-y-competencias-de-estudio-su-integracion-funcional-en-el-aprendizaje-de-una-disciplina>
  36. Chávez VO, Morales CG, Carpio RC. Análisis funcional del comportamiento del equipo médico en población indígena de México: el caso de una unidad médica rural. *REPI* [Internet]. 2020 [Citado 2020 en. 30]; 23 (2).
  37. Chávez VO. Componentes verbales durante el episodio interactivo equipo médico-paciente y el ajuste médico en pacientes indígenas de Guerrero [tesis doctoral; impreso]. [México]: UNAM FES Iztacala; 2020.
  38. Venkatapuram S. Global justice and the social determinants of health. *Ethics & International Affairs* [Internet]. 2010 [Citado 2018 ag. 3]; 24(2):119-130. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1111/j.1747-7093.2010.00252.x>
  39. Venkatapuram S. Culture and epidemiology. *Rev. Med Health Care Philos* [Internet]. 2007 nov. 7; 10:97-99. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9028-0>
  40. Venkatapuram S. Health, vital goals, and central human capabilities. *Bioethics* [Internet]. 2012; 27(5):271-279. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01953.x>
  41. Ferrer LM. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética. *Rev. Acta Bioethica* [Internet]. 2003; 9(1):113-126. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v9n1/art11.pdf>
  42. Ferrer LM. Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. *Acta Bioeth* [Internet]. 2003 [Citado

- 2020 Mayo 14]; 9(1):113-126. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2003000100011&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2003000100011>.
43. Enria G, Staffolani C. Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción de la salud. Rev. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2010 abr; 15(1):167-178. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a11.pdf>
  44. Pérez RP. Las desigualdades en los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes estudiantes de bachillerato, que viven en comunidades indígenas del Estado de México, 2006-2012. [tesis licenciatura, impreso]. [México]: unam; 2015. Tesis de licenciatura en Sociología para la UNAM, Facultad de Ciencias Políticas.
  45. Feo O, Feo C, Jiménez P. Pensamiento contrahegemónico en salud. Debate. Rev. Cub. salúd pública [Internet]. 2012 [Citado 2018 jun. 6]; 38(4). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/187/208>
  46. Singer SM. ¿Exclusión o inclusión indígena? Rev. Estudios Políticos [Internet]. 2014 en. [Citado 2018 jun. 6] (31):87-106. Disponible en: doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1616\(14\)70572-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1616(14)70572-4)
  47. Ribes-Iñesta E. El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la teoría de la Psicología. México: Manual moderno; 2018.