



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 2

Junio de 2020

LA RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y SISTEMAS MÉDICOS EN EL ÁREA DE LA SALUD: IMPLICACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES

Omar Chávez Victorino¹

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

La identificación de los síntomas es un momento crítico en el ámbito de la salud, ya que posibilita que el paciente lleve a cabo conductas relacionadas con la disminución de estos, incluyendo la auto-medicación y la asistencia a alguna institución médica. Los síntomas que el paciente puede identificar se relacionan con sus experiencias anteriores respecto del ámbito de la salud, incluyendo lo que ha hecho su familia y lo que hacen los profesionales de esta área. Los medicamentos que selecciona y las instituciones a las que acude también se relacionan con su historia médica. Esta situación supone que no todos los pacientes entran en contacto funcional con los mismos síntomas; depende del sistema médico establecido en su sociedad. En México hay millones de personas que son usuarias de sistemas médicos distintos al biomédico, como el sistema médico tradicional, por lo que los profesionales del área de la salud requerimos incorporar estrategias en nuestro actuar para que estos pacientes aprendan a ser usuarios del sistema biomédico, incluyendo la posibilidad de identificar los síntomas relevantes, y, así, probabilizar un servicio efectivo.

Palabras clave: síntomas, sistemas médicos, adherencia terapéutica, ajuste médico.

THE RELATIONSHIP BETWEEN SYMPTOMS AND MEDICAL SYSTEMS IN THE AREA OF HEALTH: IMPLICATIONS ON THE BEHAVIOR OF PATIENTS

¹ Correo Electrónico: psic.omar@hotmail.com

ABSTRACT

The identification of symptoms is a critical moment in the field of health, since it allows the patient to carry out behaviors related to the decrease of these, including self-medication or assistance to a medical institution. The symptoms that the patient can identify are related to their previous experiences in the field of health, including what their family has done and what professionals in this area do. The medicines they select and the institutions they go to are also related to their history. This situation means that not all patients come into functional contact with the same symptoms; It depends on the medical system established in their society. In Mexico there are millions of people who are users of medical systems other than biomedical, such as the traditional medical system, so that professionals in the health area need to incorporate strategies in our actions so that these patients learn to be users of the biomedical system. including the possibility of identifying the relevant symptoms, and, thus, probabilize an effective service.

Keywords: symptoms, medical systems, therapeutic adherence, medical adjustment

De acuerdo con Reynoso-Erazo y Ávila-Costa (2014), el síntoma es una manifestación anormal del organismo. Estos autores comentan que cuando la persona que presenta el síntoma señala el comportamiento habitual que lo originó, está manifestando la relación de causalidad que los médicos proponen de manera habitual. Es decir, como pacientes tendemos a dar causas a nuestras enfermedades en función del comportamiento habitual de los profesionales de la salud. Por lo tanto, los cambios comportamentales temporales que la persona con síntomas lleve a cabo también estarán relacionados con el actuar cotidiano de los médicos y con los tratamientos que ellos establecen.

De acuerdo con estos autores, la aparición de un síntoma lleva a la persona a buscar una explicación de este. Estas explicaciones y las conductas resultantes estarán relacionadas con la historia individual en el ámbito de la salud. De tal manera que, la persona con síntomas puede buscar distintos remedios para calmarlos o buscar ayuda médica, pero estas acciones se relacionarán con lo que la persona haya hecho o visto en el pasado respecto del ámbito de la salud. Si la persona con síntomas decide acudir al médico, pedirá una explicación científica a su síntoma, y un diagnóstico para que, por medio de la etiquetación del síntoma, tenga sentido. Por último, es probable que la persona con síntomas reaccione de diversas formas en función del impacto psicológico que resulte a partir del diagnóstico médico establecido (Reynoso-Erazo y Ávila-Costa, 2014).

Cuando se presenta el diagnóstico de una enfermedad crónica se espera que haya una reacción característica por parte del Px y de sus familiares. Se puede identificar la presencia de emociones tales como enojo y miedo; también es común la presencia de ansiedad ante la incertidumbre de lo que cambiará en su vida diaria desde ese momento y en el curso de la enfermedad; además, es posible observar llanto, sudoración, hiperventilación, aceleración del ritmo cardiaco y presencia de un comportamiento desorganizado.

A través de la historia individual en el ámbito de la salud, el paciente ha aprendido que los remedios o conductas que lleva a cabo ante algún tipo de dolor son unos y no otros: por ejemplo, la cefalea disminuye al ingerir aspirinas, y el dolor en alguna parte del cuerpo se puede atenuar con la ingesta de paracetamol. Estas conductas que se llevan a cabo para disminuir un síntoma probablemente fueron moldeadas por los padres de la persona, y mantenidas debido a los resultados exitosos intermitentes que se obtenían mediante su implementación.

La familia es el ente socializador de las personas, ya que transmite hábitos, costumbres y conductas relacionadas con los procesos de salud-enfermedad. Es decir, las personas tenderán a llevar a cabo conductas similares a las que observaron en su familia ante situaciones similares en el ámbito de la salud. Zolla, del Bosque, Mellado, Tascón y Maqueo (2016) mencionan que las personas se comportan ante ciertos síntomas con base en experiencias que estiman semejantes, y de acuerdo con estas experiencias también elijen los tratamientos adecuados. Por otra parte, Vargas, Campos-Navarro y Casillas (2016), afirman que es indispensable identificar las formas como la familia modela al paciente, a lo largo de su vida, a reaccionar de una manera específica ante los problemas de salud y los diversos aspectos relacionados con ellos. Lo que se espera es que haya una coherencia familiar en cuanto al comportamiento relacionado con situaciones médicas: atender a unos síntomas y no a otros, tomar ciertos remedios, acudir a las instituciones de salud y buscar la revisión de profesionistas que conforman el equipo médico de una institución (Leventhal, Yu, y Leventhal, 2015).

Como menciona Menéndez (2009), la autoatención es todo aquello que una persona hace ante problemas de salud, sin la presencia de un médico, pero teniendo a éste

como referencia que establece la forma en que el individuo debe ajustar su comportamiento ante algún síntoma, incluyendo la medicación adecuada y cuidados relacionados con la enfermedad que la persona considera que tiene.

LA RELATIVIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y LAS ENFERMEDADES

Aunque se menciona que el comportamiento del paciente en el área de la salud está condicionado y moldeado por las prácticas de los miembros de su familia y de su grupo social de referencia, pocas veces se acepta que, de ser así, el comportamiento relacionado con la salud no es natural; tampoco la salud y los sistemas médicos son naturales, sino construcciones teóricas y sociales, relacionados con modos de vida específicos. Por lo tanto, los síntomas con los que un paciente tenga un contacto efectivo estarán relacionados con el sistema médico presente en su sociedad (Chávez y Carpio, 2018).

De la misma manera, la reacción ante el diagnóstico no es natural, es decir, no hay nada en la frase “tienes cáncer” y “tienes diabetes” que lleve a la persona a reaccionar de una manera particular. La palabra “cáncer” no produce daño tisular, o aceleración del ritmo cardiaco; por otra parte, la palabra “diabetes” no tiene las características físicas de un cuchillo que al contacto con la piel produce dolor. Es la relación de esta palabra con situaciones del ámbito de la salud lo que hace a las personas reaccionar con emociones específicas y a presentar alteraciones a nivel fisiológico. Por lo tanto, la relación síntoma-diagnóstico y todas las manifestaciones conductuales que presenta una persona están relacionados con una cultura, es decir, con un modo de vivir particular.

De este modo, las personas que viven en lugares en los que el sistema biomédico está instaurado en las instituciones de salud que el gobierno ha implementado, se vuelven usuarios de dicho sistema médico. Ser usuario significa aprender aspectos nosológicos, semiológicos y etiológicos de un sistema de salud específico. De esta forma, se aprenden las relaciones que hay entre síntomas, diagnósticos, pronósticos y tratamientos. Es así como, ante la presencia de ciertos síntomas, los usuarios acuden a las instituciones de salud ante la posibilidad de una enfermedad; el diagnóstico de un padecimiento probabiliza una reacción psicológica en el

paciente debido a lo que este implica. A través de lo que el paciente observa en su familia, en medios de comunicación como la televisión, la radio, en espectaculares y a través de campañas, ha aprendido que ciertos diagnósticos se relacionan con altas/bajas probabilidades de curación o de muerte (Riggs, 2005).

Sin embargo, en poblaciones indígenas que tienen sistemas médicos propios se observa que, ante diagnósticos de enfermedades como cáncer y diabetes, o ante síntomas probables de estas y otras enfermedades crónicas, no se presentan tales reacciones. Ante esta situación, en ocasiones, el equipo médico menciona que es porque no les interesa su salud o no quieren cuidarse. También los regañan por no haber acudido a las instituciones de salud ante la presencia de síntomas que evidenciaban la presencia de una enfermedad. También se ha mencionado que estos pacientes tienen creencias irracionales o pensamientos mágicos que los llevan a presentar comportamiento no saludable.

INFLUENCIA DEL USO DE DIFERENTES SISTEMAS MÉDICOS EN EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE

Es importante considerar que, si el paciente no es usuario de un sistema de salud, no puede comportarse de la misma manera que un paciente que sí es usuario. El autor de este artículo llevó a cabo una estancia de investigación en una comunidad mixteca de la montaña alta del estado de Guerrero, México, en donde se instauró una Unidad Médica Rural, perteneciente al programa IMSS PROSPERA, que opera bajo el sistema biomédico de salud. Durante esta estancia se presentaron diversas situaciones que podrían ejemplificar lo que se plantea en el escrito. Por ejemplo, en una ocasión, un paciente comentó a las enfermeras que si lo podían revisar ya que “cuando tomo refresco me pongo dulce” (sic pac.). Esta forma de expresarse causó simpatía y fue comentada en diversos momentos, caracterizando al paciente de ocurrente y divertido. La frase que el paciente expresó es una muestra de la falta de conocimiento respecto del sistema biomédico, lo cual es de esperarse, ya que, en su comunidad está presente un sistema médico distinto, y su familia y los miembros de su comunidad se comportan ajustándose a él. Además, la diferencia de idioma

influye en que el paciente no pueda expresar sus síntomas de una manera adecuada, ya que la lengua materna es el mixteco.

En otro momento, el médico le dijo a un paciente que tenía que acudir a un hospital para que lo revisaran ya que era probable que tuviera cáncer. Ante esta situación, el paciente permaneció inmóvil, sin que se observaran las conductas típicas de una persona que ha recibido un probable diagnóstico de una enfermedad asociada con muerte prematura. Cuando no hay un contacto funcional entre el paciente y los síntomas, ó diagnóstico, no puede haber comportamientos como “acudir al hospital” ó “presentar una crisis psicológica ante un diagnóstico”, ya que no hay un entendimiento de lo que significan síntomas como “tener una bola creciente en alguna parte del cuerpo” ó, diagnósticos que implican palabras tales como “cáncer”. Por otra parte, una situación constante es la solicitud de vitaminas, por parte de los pacientes, para solucionar distintas dolencias. Por ejemplo, en ocasiones pedían vitaminas para quitar dolor en distintas zonas del cuerpo, porque estaban enfermos, porque querían curarse, o como sinónimo de inyecciones y medicamento. Esto es una muestra de que los Px de esta comunidad no son usuarios del sistema biomédico, y no conocen la utilidad de las herramientas que este sistema tiene para disminuir o evitar enfermedades. Pero, estos pacientes no tienen por qué ser usuarios del sistema biomédico. Somos los profesionistas de la salud los encargados de llevar a cabo estrategias para que los pacientes establezcan un contacto funcional con un sistema que, históricamente, es ajeno a sus modos de vida particulares.

El diagnóstico que lleva a cabo el médico es posible mediante la verbalización de los síntomas que el paciente expresa. Es decir, además de los signos obtenidos, el médico necesita de la mediación lingüística del paciente. Por medio del lenguaje, el paciente posibilita que el médico entre en contacto con los síntomas relevantes para establecer un diagnóstico (Vásquez-Mata y Reynoso-Erazo, 2014). Sin embargo, para que las verbalizaciones del paciente sean funcionales en el ámbito de la salud, es necesario que él sea usuario del sistema médico que está instaurado en la institución en la que se presenta la consulta. De esta manera, el paciente también

sabrán qué síntomas son importantes, y podrá expresarlos al médico (Andersen y Cacioppo, 1995).

Las personas de comunidades indígenas son usuarios de sistemas médicos diferentes al biomédico (Zolla, del Bosque, Mellado, Tascón y Maqueo, 2016). No hay en su lugar de origen toda la información y la presencia de medios que los hagan ser usuarios del sistema biomédico. Sus familiares tampoco son usuarios de este sistema; no hay campañas que les enseñen el sentido y la lógica del modelo biomédico; están expuestos a programas de televisión en un lenguaje que no es el suyo. Históricamente, el sistema médico presente en su comunidad es otro, llamado tradicional o indígena, que es distinto al biomédico, con nosologías, semiologías y etiologías propias, y con relaciones entre síntomas-diagnósticos-pronósticos-tratamientos particulares (Chávez y Carpio, 2018).

No se puede esperar que estas personas sean usuarios del sistema biomédico. Es decir, no se puede esperar que acudan a una institución biomédica ante la presencia de síntomas con sentido en ese sistema de salud, o que reaccionen y modifiquen su comportamiento de la misma manera que los pacientes que son usuarios de ese sistema. Como dice Jean y Braune (2010), el sistema médico es un sistema cultural, lo cual implica que es condicional a un grupo social, particular y relativo. Sin embargo, comúnmente se piensa en el sistema de salud como absoluto, universal y natural. Específicamente, se piensa que el sistema biomédico es el único sistema médico para explicar los procesos de salud-enfermedad, debido a que es el modelo dominante y las personas que lo practican (tanto usuarios como profesionales) lo tratan de imponer y se muestran intolerantes con las personas que practican otros sistemas médicos (Ponce, Muñoz y Stival, 2017). Lo anterior lleva a dos situaciones:

- 1) Suponer que todos los usuarios de las instituciones de salud son usuarios del sistema biomédico.
- 2) Considerar que todos los pacientes han estado expuestos a campañas, información de medios de comunicación y observación de comportamientos de familiares relacionados con el sistema biomédico.

Si lo anterior fuera cierto, los síntomas a los que todas las personas atienden serían los mismos, pero no es así. La identificación de síntomas es una habilidad que se

debe aprender, y para aprenderla se requiere ser parte de un grupo social que tenga instaurado el sistema médico en el cual esos síntomas tienen sentido (Chávez y Carpio, 2018). La relación síntoma-diagnóstico-pronóstico-tratamiento sólo tiene sentido dentro de un sistema médico específico; la gente que sea usuaria de ese sistema considerará los síntomas y las enfermedades como verdaderas y naturales. Sin embargo, para las personas que pertenecen a grupos sociales con sistemas médicos diferentes, los mismos síntomas y enfermedades resultarán extraños y no serán capaces de identificarlos (en el caso de los síntomas) y ajustar su comportamiento a los tratamientos (en el caso de las enfermedades).

Es por ello que las personas que no son usuarias de las instituciones biomédicas no entienden frases como “tiene cáncer”, ó, “requiere hacerse exámenes urgentes porque puede tener diabetes”. Esos nombres de enfermedades, a manera de diagnósticos, no tienen sentido en su comunidad porque no se usan en las situaciones y contextos referentes al ámbito de la salud (Leventhal, Phillips, y Burns, 2016). A decir verdad, no se usan, por lo que carecen de sentido (Ribes, 2018). El comportamiento de no acudir a una institución de salud ante la presencia de síntomas relevantes desde un sistema médico no siempre se debe a estrategias de evitación o de negación de la enfermedad (Leventhal, Leventhal y Breland, 2011). En el sentido contrario, si una persona, usuaria de las instituciones biomédicas, acude a una institución médica tradicional, y el médico (llamado chamán, rezador, brujo o curandero) le dice que “tiene pérdida de sombra” por lo que es indispensable que lleve a cabo una ofrenda, el paciente no mostrará alteraciones fisiológicas ni comportamientos propios de ciertas emociones como el miedo. Este paciente no entenderá lo que el médico le dice, ya que en su grupo social este tipo de lenguaje no se usa en el ámbito de la salud.

En el sistema médico tradicional los síntomas son genéricos porque las enfermedades son propias a ese sistema. Por ejemplo, en los sistemas médicos tradicionales existen enfermedades como el mal de ojo, el empacho, la caída de mollera, el susto, la pérdida de sombra, todos ellos con etiologías y semiologías específicas (Arganis, 2009; Campos, 2009). Estas enfermedades se encuentran en diversos sistemas médicos tradicionales de latinoamérica (Gavilán et al., 2011). Sin

embargo, estas situaciones no son tan frecuentes ya que las instituciones validadas por el Estado son las biomédicas, por lo que la situación ejemplar es la de personas que acuden a instituciones biomédicas sin ser usuarias de esos sistemas médicos en el ámbito de la salud.

Por último, hay síntomas relacionados con dolor en diversas zonas del cuerpo ante los cuales será común que las personas acudan a las instituciones médicas o que lleven a cabo diversas conductas para disminuirlo (Andersen y Cacioppo, 1995). Este tipo de síntomas hacen más probable que la persona lleve a cabo una serie de conductas pertinentes en el ámbito de la salud de acuerdo con un sistema médico específico (Martínez, 2016). Sin embargo, en los diversos sistemas médicos, los síntomas pertinentes a las enfermedades consideradas graves no siempre incluyen la presencia de dolor como primeros síntomas. Es decir, en muchos casos los síntomas no incluirán dolor, por lo que no serán similares en distintos sistemas médicos.

POSIBILIDADES DE ACCIÓN ANTE PACIENTES USUARIOS DE OTROS SISTEMAS MÉDICOS

La realidad es que existen diversos sistemas médicos y en nuestro país esta situación se presenta con mayor frecuencia, ya que es el país de América Latina con más población indígena (INEGI, 2015), y el octavo país a nivel mundial (Secretaría de Salud, 2007), lo que implica sistemas médicos diferentes al biomédico. De acuerdo con datos de Guillermo Peña (Conacyt, 2016), en México hay más de 18 millones de indígenas, lo que equivale al 15% de la población total. Por todo lo anterior se evidencia la necesidad de hablar de *síntomas considerados en el sistema biomédico* y no sólo de *síntomas* (Ponce, Muñoz y Stival, 2017). De la misma manera, se debe comenzar a hablar de enfermedades y tratamientos desde cierto sistema médico, porque las nosologías, etiologías y semiologías son condicionales al sistema médico que se considere.

De esta manera, los profesionales que integran el equipo médico deben ser capaces de identificar:

- 1) Si los pacientes son usuarios del sistema médico utilizado, y

- 2) Si cuentan con las habilidades para identificar los síntomas relevantes en dicho modelo.

En caso de identificar una falta de equipo conductual para establecer contacto funcional con los síntomas relacionados con enfermedades pertenecientes a un sistema médico, se deben llevar a cabo intervenciones educativas y conductuales con el fin de que el paciente comience a identificar los síntomas que son importantes desde un sistema médico particular (Gärtner, Walz, Bauernschmitt y Ladwig, 2008; Siminoff, Thomson y Dumenci, 2014) , ya que, si no hay un idioma y un sistema médico compartido entre el paciente y el profesional de la salud se vuelve inviable el encuentro clínico (Ponce, Muñoz y Stival, 2017). Por otra parte, aunque las personas sean usuarios del sistema médico que utilizan los profesionales, es posible que los pacientes no sepan identificar los síntomas relevantes, o no lo hagan de manera correcta, ya que se requiere de un proceso de educación. Estos aspectos están relacionas con diversos factores socioeconómicos como nivel de estudios y edad. Lo que es importante entender es que la identificación de síntomas requiere de habilidades que no siempre se encuentran desarrolladas (Sundseth, Faiz, Rønning y Tommessen, 2014). Horowitz, Rein y Leventhal (2004) mencionan que en una investigación respecto de los sintomas observaron que las personas identificaron ciertos síntomas y los relacionaron con el asma, aunque en realidad eran síntomas relacionados con problemas cardiacos.

En el caso de que el paciente sea usuario de otros sistemas médicos es importante la presencia de verbalizaciones que ayuden a explicar el funcionamiento del sistema médico practicado por los profesionistas (Chávez y Carpio, 2018), para lo cual es necesario adoptar una postura intercultural, aceptando la naturaleza relativa y condicional del sistema biomédico, que, como cualquier otro sistema médico, puede ser aprendido. Esto implica, abandonar los estereotipos y estigmas hacia los pacientes que no son usuarios del sistema biomédico, y a disminuir en su totalidad las valoraciones y adjetivaciones negativas respecto de su comportamiento relacionado con el ámbito de la salud.

Por lo tanto, los profesionistas del área de la salud requerimos saber:

- 1) Diseñar situaciones que permitan desarrollar habilidades de identificación de síntomas al paciente que no es usuario del sistema biomédico.
- 2) Desarrollar un lenguaje intercultural que permita establecer relaciones entre el sistema médico que el paciente usa y el sistema biomédico.
- 3) Usar un lenguaje que evite las valorizaciones negativas respecto del actuar del paciente y de su sistema de salud.
- 4) Identificar el comportamiento del paciente ante su sistema de salud, es decir, el ajuste a las prescripciones de los médicos de sus instituciones, ya que eso es una muestra de las habilidades que tiene el paciente ante diversas condiciones de salud-enfermedad.

Al prestar los servicios en un país con una gran cantidad de población que no es usuaria del sistema biomédico, tenemos la obligación de estar preparados para enfrentarnos con éxito y ética a estas situaciones. Sin embargo, las personas que prestan sus servicios en municipios con población usuaria de otros sistemas médicos requieren desarrollar estas habilidades con mayor urgencia y premura. Se debe recordar que de acuerdo a la Constitución mexicana de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, 2016), el Estado tiene la obligación de dar cobertura en salud a toda la población, incluyendo a las comunidades indígenas, respetando sus costumbres e instituciones. Además, se requiere promover y preservar su medicina tradicional y sus instituciones (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006).

Por lo tanto, para ejercer la profesión con pacientes que no son usuarios del sistema biomédico, considerando la obligación de dar cobertura en salud y respetando sus instituciones, requerimos comenzar a brindar servicios apegados a las aproximaciones interculturales y con consideración de los derechos humanos (Chávez y Carpio, 2018).

Por último, es importante mencionar que los pacientes acudirán a las instituciones de salud en función de los síntomas que identifiquen a partir del sistema médico del cual son usuarios, sin embargo, esto no significa que no acudan a otras instituciones con el objetivo de curarse o de disminuir sus padecimientos, en el caso de que en

la primera institución no se hayan obtenido resultados positivos (Menéndez, 2009). Es decir, los pacientes buscan sentirse bien y curarse, y buscarán diversas opciones e instituciones médicas para conseguirlo. El hecho de que los pacientes son pragmáticos y que en su búsqueda del alivio articulan los diversos sistemas médicos como sistemas que curan, no probabiliza o posibilita que el paciente pueda entrar en contacto funcional con los criterios de las instituciones médicas que no forman parte de sus grupos sociales y sus modos de vida, o que no son la institución predominante en su comunidad. Por lo que es tarea del equipo médico llevar a cabo las estrategias para que la atención se posibilite.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, B. L. y Cacioppo, J. T. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. ***The British Journal of Social Psychology / the British Psychological Society***. Recuperado de <http://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01047.x>
- Arganis, E. N. (2009). Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndromes de filiación cultural. En L. Citarella y A. Zangari (Eds). ***Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina***. Bolivia: Gente común. Recuperado de https://www.academia.edu/777671/LA_SALUD_EN_LA_COSMOVISIÓN_INDÍGENA
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2016). ***Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última Reforma DOF 29-01-2016***. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_29ene16.pdf
- Campos, R. (2009). Una visión general sobre salud intercultural. En L. Citarella y A. Zangari (Eds). ***Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina***. Bolivia: Gente común. Recuperado de https://www.academia.edu/777671/LA_SALUD_EN_LA_COSMOVISIÓN_INDÍGENA
- Chávez, V. O. y Carpio, R. C. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. ***Revista Latinoamericana de Bioética***, 18 (35-2). Recuperado de: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/3422/2914>. doi: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3422>

- Conacyt (2016). **Bajo el estigma de la discriminación y la pobreza, se celebra “el Día Mundial de las Poblaciones Indígenas”**. Recuperado de: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/centros-conacyt/boletinescentros/9517-bajo-el-estigma-de-la-discriminacion-y-la-pobreza-se-celebra-el-dia-mundial-de-las-poblaciones-indigenas>
- Gärtner, C., Walz, L., Bauernschmitt, E. y Ladwig, K.H. (2008). The causes of prehospital delay in myocardial infarction. **Deutsches Ärzteblatt International**, 105(15), 286–91. Recuperado de <http://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0286>
- Gavilán, V., Vigueras, P., Parra, M., Madariaga, C., Morales, N., Arriata, A. y Andrade, R. (2011). La sociedad y la cultura andina contemporánea: estudio para los saberes de la salud y la enfermedad en los pueblos originarios del norte de Chile. **Revista de Indias**, 71 (252), 571-600. Recuperado de https://www.academia.edu/791711/La_sociedad_y_la_cultura_andina_contemporánea_estudio_de_los_saberes_para_la_salud_y_la_enfermedad_en_los_pueblos_originarios_del_norte_de_Chile
- Horowitz C. R., Rein S. B. y Leventhal, H. (2004) A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure. **Soc Sci Med**, 58, 631–43.
- INEGI (2015). **Diversidad guerrerense**. Recuperado de: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/gro/poblacion/diversidad.aspx?tema=meye=12;> en diversidad guerrerense
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2006). **Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenido**. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>
- Jean, L. E. y Braune, W. F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado en las ciencias de la salud. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 18 (3), 177-185. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf
- Leventhal, H., Leventhal, E. y Breland, J. Y. (2011). Cognitive Science speaks to the Common-Sense of Chronic Illness Management. **Ann.Behav.Med.**, 41, 152-163.
- Leventhal, H., Phillips, L. A. y Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. **Journal of Behavioral Medicine**, 1–12. Recuperado de: <http://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>

- Leventhal, H., Yu, J. y Leventhal, E. A. (2015). *Illness Behavior and Care-Seeking. International Encyclopedia of the Social y Behavioral Sciences*. Elsevier. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14105-4>
- Martínez, B. L. (2016). *Factores relacionados con la decisión de acudir al médico ante la presencia de síntomas, mediante presencia factorial (tesis de doctorado)*. Universidad de Barcelona, Bellaterra, Barcelona.
- Menéndez, L. E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En L. Citarella y A. Zangari (Eds). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Gente común. Recuperado de https://www.academia.edu/777671/LA_SALUD_EN_LA_COSMOVISIÓN_INDÍGENA
- Ponce, P., Muñoz, R. y Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*. Disponible en: <http://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n3/537-554/es/>
- Reynoso-Erazo, L. y Avila-Costa, M. R. (2014). Estrés y enfermedad crónica. En L. Reynoso-Erazo y G. A. Becerra (Coord). *Medicina Conductual: teoría y práctica*. México: Qartuppi. Pp. 129-146.
- Ribes, I. E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la teoría de la Psicología*. México: Manual Moderno.
- Riggs, L. C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14, 101-124.
- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNaSalud-2007-2012.pdf>
- Siminoff, L., Thomson, M. y Dumenci, L. (2014). Factors associated with delayed patient appraisal of colorectal cancer symptoms. *Psycho-Oncology*, 2, 981–988.
- Sundseth, A., Faiz, K. W., Rønning, O. M. y Thommessen, B. (2014). Factors Related to Knowledge of Stroke Symptoms and Risk Factors in a Norwegian Stroke Population. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*,

23(7), 1849–1855. Recuperado de:
<http://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.02.026>

Vargas, L. A., Campos-Navarro, R. y Casillas, L. (2016). Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas. En R. Campos-Navarro (Coord.). **Antropología Médica e Interculturalidad**. México: McGraw Hill.

Vázquez-Mata, I. M. y Reynoso-Erazo, L. (2014). El especialista en Medicina Conductual y la atención al enfermo renal. En L. Reynoso-Erazo y G. A. Becerra (Coord.). **Medicina Conductual: teoría y práctica**. México: Qartuppi. Pp. 193-212.

Zolla, C., del Bosque, S., Mellado, V., Tascón, A. y Maqueo, C. (2016). Medicina tradicional y enfermedad. En R. Campos-Navarro (Coord.). **Antropología Médica e Interculturalidad**. México: McGraw Hill.