



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 4

Diciembre de 2020

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL COMPORTAMIENTO DEL EQUIPO MÉDICO EN POBLACIÓN INDÍGENA DE MÉXICO: EL CASO DE UNA UNIDAD MÉDICA RURAL

Omar Chávez Victorino¹, Germán Morales Chávez², César Humberto Canales Sánchez³ y Claudio Antonio Carpio Ramírez⁴
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El servicio efectivo en el área de la salud implica que los diversos profesionistas emitan comportamientos que lleven al paciente a ajustar su comportamiento a los criterios médicos establecidos. Estos comportamientos se relacionan con funciones como la instrucción, la demostración, la exploración y la regulación. En el caso de la atención a población indígena es más crítica la presencia de estos comportamientos ya que el equipo utiliza sistemas médicos que, históricamente, han sido desconocidos y ajenos a los pacientes. Con el objetivo de identificar si el equipo médico presenta las funciones necesarias para un servicio efectivo en condiciones de diferencia de sistemas médicos se llevó a cabo una investigación no experimental y descriptiva en el pueblo mixteco de Dos ríos, Guerrero. La observación tuvo una duración de 6 meses, en la que se registraron 103 consultas impartidas por cinco profesionistas. Se identificó que las funciones psicológicas que probabilizan un servicio efectivo se presentan en escasa o nula frecuencia, lo cual se mantiene entre profesionistas e idioma de la consulta. Se requiere instigar el uso de las funciones necesarias para el ajuste médico, incorporando estrategias

¹ Laboratorio de análisis de procesos psicológicos superiores. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Avenida de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, C:P: 54090, e-mail: psic.omar@hotmail.com. Se agradece el apoyo del CONACyT mediante la beca 409528.

² gmorelesc@unam.mx.

³ canales.unam@gmail.com

⁴ carpio@unam.mx, ORCID 0000-0001-9183-8690

durante la consulta para mejorar el estado de salud de la población indígena.

Palabras clave: ajuste médico, población indígena, sistemas médicos, función del profesionista, adherencia.

FUNCTIONAL ANALYSIS OF MEDICAL TEAM BEHAVIOR IN INDIGENOUS PEOPLE OF MEXICO: THE CASE OF A RURAL MEDICAL INSTITUTION

ABSTRACT

The effective service in health implies that the various professionals emit behaviors that lead the patient to adjust their behavior to the established medical criteria. These behaviors are related to functions such as instruction, demonstration, exploration, and regulation. In the case of attention to the indigenous population, the presence of these behaviors is more critical because the team uses medical systems that, historically, have been unknown to the patients. To identify if the medical team presents the necessary functions for an effective service in conditions of difference of medical systems, a non-experimental and descriptive investigation was carried out in the Mixtec town of Dos Ríos, Guerrero. The observation was 6 months, which 103 consultations were given by five professionals. It was identified that the psychological functions that enable an effective service are presented in little or no frequency, which is maintained between professionals and the language of the consultation. It is necessary to instigate the use of the functions for medical adjustment, incorporating strategies during the consultation to improve the health status of the indigenous population.

Keywords: medical adjustment, indigenous population, medical systems, professional role, adherence.

Brindar un servicio médico adecuado y cubrir las necesidades en salud de la población mexicana es un derecho de los habitantes y una obligación del Estado nacional (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2016). Este derecho también se aplica a la población indígena (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015), con la especificación de que ellos deben ser libres de elegir entre diversos sistemas médicos disponibles y adecuar su comportamiento a las instituciones relacionados con su modo de vida (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006). Es decir, el Estado mexicano no puede obligar a la población indígena a utilizar las instituciones en salud que operan bajo la lógica del sistema biomédico, pero sí está obligada a establecer instituciones médicas

que den cobertura a los diversos grupos indígenas; estos grupos serán libres de elegir qué tipo de instituciones utilizar: si las instituciones médicas indígenas o las instituciones biomédicas instauradas por el gobierno.

Para brindar el servicio médico a la población indígena y que este sea efectivo, no es suficiente con la instauración de instituciones con el equipo médico correspondiente, sino que se requiere del establecimiento de cierto tipo de estrategias y herramientas que permitan que los pacientes indígenas presenten un contacto funcional con un sistema médico que históricamente es ajeno, desconocido y distinto a sus prácticas en el ámbito de la salud (Chávez y Carpio, 2018). Para ello es indispensable comprender que los pacientes indígenas son aprendices de un sistema médico, lo que implica un proceso de enseñanza-aprendizaje que requiere el despliegue de cierto tipo de comportamientos necesarios por parte del paciente y del equipo médico (Chávez y Morales, 2019).

Los pacientes indígenas que se ubican en zonas alejadas de las grandes ciudades presentan prácticas en el ámbito de la salud relacionadas con su sistema médico. Históricamente, no han desarrollado una historia interactiva ni efectiva ni referencial (Pacheco, 2010). En la primera modalidad se entienden aquellas situaciones en que la gente ha acudido a las clínicas u hospitales biomédicos y han tenido contactos directos con los diversos profesionistas del equipo médico, entre médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos. Por otra parte, la historia referencial se relaciona con las ocasiones en que los individuos han escuchado o leído acerca del sistema biomédico y las relaciones que se establecen entre nosología, semiología y etiología. Debido a que no hay una historia interactiva desarrollada con la manera de operar de las instituciones biomédicas y con los criterios que el equipo médico establece, es difícil que tengan un entendimiento y, por lo tanto, un ajuste médico ante las indicaciones al acudir a las clínicas y hospitales que se están instaurando en sus comunidades por parte del programa IMSS bienestar (IMSS bienestar, 2019). Este programa se encarga de dar la cobertura gubernamental en el ámbito de la salud a las comunidades marginadas y sin seguridad social, entre ellas la comunidad indígena.

El equipo médico requiere desarrollar habilidades y competencias relacionadas con la técnica. Esta es un procedimiento que tiene como objetivo obtener resultados en algún ámbito de desempeño usando la tecnología disponible. Para ello, el técnico requiere conocer aspectos específicos de la ciencia y de sus productos, y tener pericia en la utilización de esos recursos en la solución de demandas sociales particulares, en este caso en el ámbito de la salud (Silva, Ruíz, Aguilar, Canales y Guerrero, 2016). El equipo médico es el conjunto de profesionales que utilizarán la tecnología disponible en el ámbito de la salud para solucionar los problemas médicos de los pacientes. Para ello requieren desplegar diversos tipos de comportamiento que le permitan:

1. Identificar las condiciones biológicas específicas, relacionadas con el sistema médico que regula las prácticas de su institución.
2. Planear el contexto y las circunstancias que permitan que se establezca la interacción equipo médico-paciente.
3. Explorar las competencias del paciente para poder identificar el dominio que tiene en el ámbito de la salud, relacionado con el sistema médico utilizado y la condición biológica.
4. Explicitar los criterios médicos a los cuales el paciente tendrá que ajustar su comportamiento en función de la condición biológica específica.
5. Ilustrar el comportamiento que se espera del paciente en función del criterio explicitado.
6. Establecer situaciones que permitan llevar a cabo prácticas supervisadas con el paciente para el desarrollo de habilidades y competencias pertinentes.
7. Retroalimentar el comportamiento del paciente, al establecer la relación entre el criterio médico establecido, el comportamiento esperado, el comportamiento expresado y la manera de aumentar o mantener la correspondencia entre estos.
8. Evaluar el comportamiento del paciente, al establecer la distancia entre el desempeño ideal y el desempeño real en el ámbito de la salud.

Por otra parte, para que el servicio médico sea efectivo, el paciente requiere llevar a cabo las siguientes actividades:

1. Identificar los criterios médicos establecidos por el equipo médico.

2. Seleccionar las precurrentes que requiere desarrollar para poder cumplir con el criterio médico.
3. Planear las circunstancias necesarias para poder practicar el comportamiento que permita el ajuste médico.
4. Practicar el comportamiento necesario para conseguir un ajuste médico.
5. Participar en las consultas y en las indicaciones dadas por el equipo médico propias de la situación particular del paciente.
6. Supervisar su propio desempeño para conocer en qué medida podrá cumplir con el criterio médico.
7. Evaluar su propio comportamiento que permita establecer una distancia entre lo que se esperaba y lo que hizo respecto del criterio médico.
8. Generalizar lo aprendido en circunstancias específicas a otros momentos, circunstancias y áreas sociales para poder tener un ajuste médico adecuado (Morales, Peña, Hernández y Carpio, 2017).

Si se consideran las actividades mencionadas, se puede observar que la instauración de un servicio médico efectivo no es una tarea sencilla; requiere de un equipo médico capacitado respecto de habilidades y competencias muy específicas, y que sean capaces de delegar y asignar actividades pertinentes a cada profesionista, con base en su formación y posibilidades (ya sea el médico, enfermero, trabajador social, psicólogo, entre otros).

Al brindar el servicio médico a población indígena se vuelve más crítico que el equipo médico lleve a cabo las actividades necesarias debido a que los objetivos básicos que se buscan cumplir son distintos desde las instituciones biomedicas de salud (IBMS) y desde las instituciones indígenas de salud (IMIS). Los objetivos básicos son:

1. Diagnosticar una enfermedad.
2. Curar una enfermedad.
2. Detener el desarrollo o desacelerar el avance de una patología.
3. Impedir el desarrollo de enfermedades secundarias.
4. Disminuir dolor ante patologías específicas.

5. Reducir los efectos adversos que son característicos de etapas terminales de ciertas patologías.

Sin embargo, debido a que las relaciones de nosología, etiología, semiología y tratamientos son distintos en cada sistema médico, los objetivos tendrán un contenido diferente. Por ejemplo, las enfermedades que se busque diagnosticar serán distintas entre sistemas, la identificación de las causas que ocasionaron dichas enfermedades también, así como los métodos para erradicar o disminuir el avance de un padecimiento (Arganis, 2009; Campos, 2009; Zolla, del Bosque, Mellado, Tascón y Maqueo, 2016).

Por lo que se recomienda que los profesionistas que conforman el equipo médico desarrollen cierto tipo de comportamientos relacionados con la adecuación del servicio a las personas, familias y comunidades de los grupos indígenas específicos (Veliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra y Silva-Fernández, 2019). Dentro de la totalidad de conductas se pone un énfasis especial en la comunicación equipo médico-paciente indígena, ya que es a través de los componentes verbales como se hace posible que el paciente entre en contacto con el sistema médico y las indicaciones de los profesionales.

Por otra parte, para probabilizar que el servicio médico sea efectivo, y que el paciente entre en contacto funcional con el criterio establecido (explicitado durante el segmento interactivo de tratamiento) se requiere que el equipo médico asuma distintos papeles, relacionados con funciones específicas, las cuales son:

1. Informar;
2. Entrenar;
3. Regular;
4. Instruir;
5. Auspiciar;
6. Instigar; y
7. Participar (Díaz, Landa, Rodríguez, Ribes y Sánchez, 1989; Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986; Rodríguez, 2006)

A estas funciones se incluyen la de explorar y ejemplificar (Morales, Peña, Hernández y Carpio, 2017).

Informar hace relación a referir acerca de los factores, efectos y circunstancias que se relacionan con que cierta interacción se presente; entrenar es ejercitar comportamiento específico en el usuario; regular es establecer los momentos y morfologías que deben implicarse en comportamientos específicos; instruir es referir el comportamiento específico que el usuario requiere presentar; auspiciar es crear las condiciones necesarias que posibilitan que una interacción se presente; instigar se refiere a la persuasión del paciente para que emita comportamientos específicos; participar se refiere a que el profesionista forme parte de la interacción del paciente; ejemplificar es ilustrar al paciente el comportamiento específico; y, explorar se refiere a estimar el grado de dominio que el paciente tiene respecto de interacciones específicas (Morales, Peña, Hernández y Carpio, 2017; Rodríguez, 2006).

Las funciones siempre se relacionan con lo que se busca que el paciente lleve a cabo. Por ejemplo, si se busca que adquiera un comportamiento específico, que identifique la oportunidad para mostrar alguna conducta, precisar morfologías específicas, alterar tendencias y modificar la probabilidad de que se presenten ciertas consecuencias, etc.

Si consideramos que, en la prestación de servicios en el área de la salud, se busca que se presenten todas las actividades del equipo médico y del paciente enunciadas anteriormente, es necesaria la incorporación de diversas funciones del equipo médico en cada consulta médica, sin embargo, hay algunas que se tornan críticas de manera general, y otras que son indispensables en el servicio a pacientes indígenas. Por ejemplo, instruir es una función que es indispensable en el segmento de tratamiento para explicitar el criterio al que el comportamiento del paciente se tendrá que ajustar. Esta es la función que estructura la situación al establecer el criterio de ajuste médico en el ámbito de la salud. También se requieren la función de explorar, para identificar las habilidades del paciente respecto del criterio establecido; ejemplificar, para mostrarle la manera en que se debe presentar el comportamiento (tomar medicamento, preparar alimentos, solicitar un estudio, etc.), que con pacientes indígenas es primordial debido a que es probable que no cuenten con ese comportamiento en su repertorio debido a la

novedad y diferencia del sistema biomédico; entrenar, para posibilitar que el paciente desarrolle el comportamiento que le permitirá presentar un ajuste médico a un sistema históricamente ajeno a su modo de vivir; participar y auspiciar, que en el contexto de las comunidades indígenas son necesarias para ayudar al paciente a cumplir con el criterio médico, apoyándolo en el desplazamiento a ciudades próximas y en el recurso económico, entre otras circunstancias.

A nivel experimental y en estudios de campo se ha observado que el comportamiento del profesionista durante la relación usuario-prestador de servicios es un indicador del tipo de comportamiento que presentará el usuario respecto del ajuste a los criterios establecidos (Becerra y Reynoso-Erazo, 2014; Froján, 2011; Froján, Alpañes, Calero y Vargas, 2010; Froján, Galván, Izquierod, Ruíz y Marchena, 2013; Froján, Montaña y Calero, 2006; Galván, 2018; Froján-Parga y Ruíz-Sáncho, 2013; Kolstrup y Mosquera, 2016; Muñoz, 2014; Ruíz-Sancho, Froján-Parga y Calero-Elvira, 2013). Se ha observado que las funciones que el profesionista presenta, a través de su comportamiento lingüístico, probabiliza que se de cierto comportamiento lingüístico por parte del usuario; a su vez, este comportamiento del usuario es un predictor del ajuste comportamental que tendrá a los criterios establecidos en sesión. Por ejemplo, componentes verbales con función de castigo respecto del comportamiento en salud de los pacientes indígenas resultan en un abandono de las consultas subsecuentes; verbalizaciones transcriptivas (establecer similitudes, semejanzas y correspondencias entre dos tipos de sistemas médicos) resultan en un aumento en la probabilidad de ajuste médico en pacientes indígenas; y, verbalizaciones con función de reforzamiento probabilizan que el usuario mantenga un tipo de comportamiento.

Por lo tanto, se esperaría que en cada consulta se presentaran comportamientos relacionados con diversas funciones mínimo en una ocasión, lo cual indicaría que hay una alta probabilidad de que se esté estableciendo un servicio médico efectivo, que resultará en un ajuste por parte del paciente y en la mejora de su condición médica.

Para evaluar el tipo de función y la frecuencia que presenta el equipo médico que brinda servicio a población indígena, se llevó a cabo un estudio no experimental, longitudinal y mixto en una comunidad de la región de la montaña mixteca del estado de Guerrero, México.

Método.

Participantes

Participaron cinco profesionistas: dos médicos y tres enfermeras, que prestaban sus servicios en la Unidad Médica Rural 16 (UMR), adscrita al programa IMSS-Bienestar que da cobertura en salud a la población rural del país. También, participaron los pacientes que acudieron a la UMR durante el periodo de observación. La UMR está ubicada en la comunidad de Dos ríos, perteneciente al municipio de Cochoapa el Grande, considerado como uno de los municipios con el mayor porcentaje de pobreza extrema de México (Proceso, 2019).

Instrumentos

Se utilizó una cámara de videograbación marca Panasonic y el Sistema de Categorización de los Componentes Verbales Durante el Episodio Interactivo Equipo Médico-Paciente (SCCV-EI-EM-P), elaborado para este estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes de origen indígena mixteco.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que acudieron a la unidad del IMSS PROSPERA.
- Pacientes diagnosticados con enfermedad crónica-degenerativa y agudo infecciosa.
- Pacientes en condiciones de embarazo y con otros tipos de condición médica.
- Equipo médico que instaurado en la UMR del pueblo de Dos ríos.

Criterios de exclusión

- Pacientes no indígenas.
- Pacientes con alguna condición psicológica que impidió su participación en el estudio.

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Duración

El estudio tuvo una duración de 6 meses y se videograbaron las consultas de las interacciones equipo médico-paciente, analizando los componentes verbales de los profesionistas que conformaron el equipo médico durante el segmento interactivo de tratamiento para identificar las funciones que se presentaron.

Situación

El estudio se llevó a cabo en el consultorio médico de la URM 16, el cual tiene una amplitud de 3x3 metros. Tiene ventilación y luz. El sistema de registro audiovisual se colocó de manera tal que permitía grabar los cuerpos del paciente y del equipo médico al mismo tiempo desde un ángulo lateral, a una distancia de un metro, para poder registrar los movimientos que se llevaron a cabo dentro del cubículo. En los casos en que hubo un desplazamiento a otros cubículos de la URM se desplazó la cámara para seguir registrando la interacción.

Resultados

Se videograbaron 103 consultas en las que se identificaron y diagnosticaron diversas condiciones médicas pertenecientes al sistema biomédico (ver tabla 1).

Tabla 1. Epidemiología.

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

Se observa el número de casos que fueron atendidos en la UMR 16 en el periodo de observación, relacionados con su condición biológica. En

otros se incluye la cita sana y los accidentes. La cita sana se refiere a citas de pacientes que no presentan patologías, pero que son necesarias para conservar el apoyo gubernamental recibido a través del programa PROSPERA; se incluyó la categoría de “embarazo” debido a la frecuencia de casos.

Al analizar las funciones que se presentaron durante las consultas, se observaron los siguientes datos (ver tabla 2).

Tabla 2. 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

Se observa el tipo de funciones y el número de emisiones de cada una que el equipo médico presentó durante el segmento interactivo de tratamiento. Este segmento es en el que el equipo médico establece lo que el paciente requiere llevar a cabo en función de la condición biológica particular, y de esta manera presentar un ajuste médico.

La mayoría de las veces el equipo médico presentó una función de instrucción, es decir, durante el segmento interactivo de tratamiento los profesionistas prescriben los criterios a los que el paciente tendrá que ajustarse. En segundo lugar, se presentó la función de informar, relacionada con la referencia de las

circunstancias, factores y efectos que se relacionan con que se presenten o no comportamientos que permitan el ajuste médico.

Respecto de las funciones que se presentaron por cada profesionista, se pueden observar los datos en la tabla 3.

Tabla 3. Funciones por profesionista del equipo médico

Categoría	Médico/ mixteco	Médico/ castellano	Enfermera/ castellano	Enfermera/ castellano	Enfermera/ castellano
Instruir	213	8	13	0	35
Instigar	34	6	7	0	8
Regular	29	1	10	0	15
Informar	101	5	14	0	14
Ilustrar	41	0	0	0	9
Explorar	0	0	7	0	1
Auspiciar	1	0	0	0	0

Se observa el número de función que cada profesionista emitió durante el estudio. Se debe considerar que el número de consultas grabadas por cada profesionista fue inequitativo respecto de los otros. El idioma hace referencia al sistema convencional utilizado por el profesionista durante las consultas.

Aunque se identifica que el médico con idioma mixteco emitió más funciones de instrucción, instigación, regulación, información e ilustración, se debe a que fue el profesionista que tuvo más consultas durando el periodo de observación. Sin embargo, lo que es importante considerar es que hubo funciones que se presentaron en escasas consultas o sólo por ciertos profesionistas. Por ejemplo, la función de exploración se presentó exclusivamente en la interacción enfermera-paciente.

Respecto a la función de instrucción, se presentó más por los médicos debido a que son los profesionistas que diagnostican y establecen el tratamiento pertinente. Las ocasiones en que se presentaron funciones de instrucción por parte de las enfermeras fue debido a la ausencia de médicos en la UMR.

Las funciones que cada profesionista emitió en promedio de acuerdo con las consultas que tuvo se pueden observar en la figura 1 y en la figura 2. En la primera se observan las funciones que los profesionistas presentaron de acuerdo con la profesión y en la segunda figura con base en el idioma en el que prestaban sus servicios.

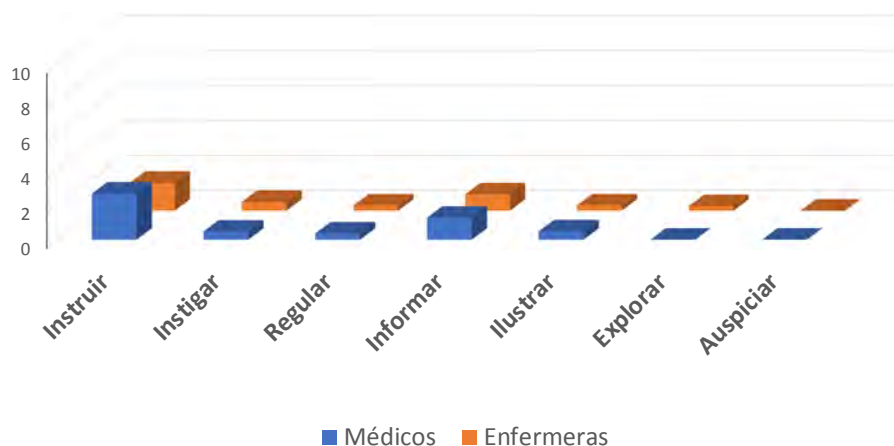


Figura 1. Promedio de emisiones de función por consulta por tipo de profesionista. Se observa el promedio de emisiones de cada función que los profesionistas tuvieron durante los 103 casos videograbados. Los profesionistas se agruparon por tipo, en médicos y enfermeras.

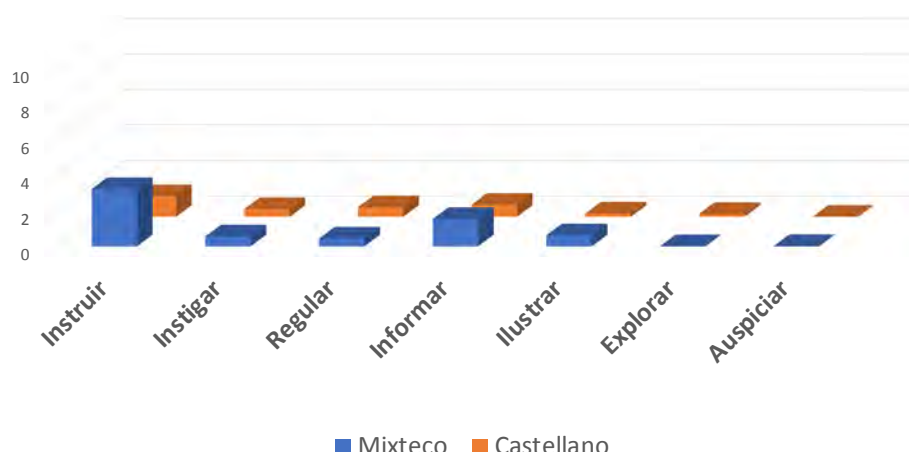


Figura 21. Promedio de emisiones de función por consulta en cada idioma. Se observa el promedio de emisiones de cada función que los profesionistas tuvieron durante los 103 casos video grabados. Los profesionistas se agruparon por el idioma que hablaban. En el gráfico mixteco se incluyeron las funciones emitidas por el médico bilingüe, mientras que en el gráfico de castellano se incluyeron a los demás profesionistas.

En las dos figuras se puede observar que el promedio de emisión de las funciones fue escaso o nulo. No hay una diferencia de gran magnitud entre profesionistas o entre idiomas distintos. En términos generales, el equipo médico no desarrolló situaciones para comprobar si los pacientes habían entendido las indicaciones, correspondiente a la función de exploración. En pocas ocasiones exploró si el paciente tenía desarrolladas las habilidades necesarias para ajustarse a una prescripción médica. También se observó una escasa emisión de función de ilustración: el equipo médico no ejemplificaba la manera en que se deben comportar los pacientes, por ejemplo, al preparar alimentos, suplementos o sueros, o al tomar medicamentos.

Discusión.

El objetivo del estudio fue analizar la interacción lingüística equipo médico-paciente en profesionistas que prestan sus servicios en la Unidad Médica Rural 16, ubicada en el pueblo de Dos ríos, municipio de Cochoapa el grande. Esta comunidad es mixteca y corresponde a la región de la mixteca alta del estado de Guerrero. De las interacciones lingüísticas, específicamente, se analizaron las

funciones que se presentaban por parte de los médicos y enfermeras, con el fin de observar si llevaban a cabo interacciones necesarias y recomendadas al brindar el servicio en el área de la salud. En este caso, la emisión de las funciones es más críticas debido a que el servicio se brindó a comunidades que practican sistemas médicos diferentes al biomédico.

Respecto de la identificación del tipo de función de los profesionistas durante el segmento interactivo de tratamiento, se pudo observar que las funciones que más se presentan son la de instruir y la de informar, aunque en un porcentaje reducido. Se debe considerar que en cada consulta son diversas las indicaciones que se proporcionan, incluyendo aquellas relacionadas con prescripciones respecto pastillas, jarabes, estudios, citas subsecuentes, etc., por lo que el número de funciones de instrucción e información que se presentaron son escasas. Por otra parte, es importante considerar que se ha identificado la necesidad de instigar a los usuarios para que lleven a cabo lo que se les solicita (Froján-Parga y Calero-Elvira, 2011), así como explorar si cuentan con las habilidades necesarias para ajustar su comportamiento al tratamiento y ejemplificar la manera de llevar a cabo la conducta médica pertinente (Morales, Peña, Hernández y Carpio, 2017). Debemos considerar que los pacientes indígenas, y los pacientes mestizos también, están en un proceso de aprendizaje de un sistema médico específico, con sus relaciones entre nosologías-semiologías-etilogías-tratamientos correspondientes. Es por ello que el equipo médico requiere presentar comportamientos con las funciones necesarias para probabilizar que el paciente ajuste su comportamiento a los criterios médicos (Froján, Galván, Izquierdo, Ruíz y Marchena, 2013; Galván-Domínguez, Beggio, Pardo-Cebrián, Segovia-Arrogo y Froján-Parga, 2014; Marchena-Giráldez, Calero-Elvira y Galván-Domínguez, 2013; Moreno-Agostino, Galván-Domínguez y Álvarez-Iglesias, 2015). El equipo médico requiere moldear el comportamiento del paciente para que se ajuste a los criterios establecidos en las instituciones biomédicas, y para ello es necesario explorar, ejemplificar, instruir, instigar e informar sobre diversos aspectos relacionados con el servicio médico.

Quizá, en esta situación, en la que hay sólo dos tipos de profesionistas pertenecientes al ámbito de la salud, se observan ausencia de funciones debido a que los médicos y los enfermeros no están entrenados para llevarlas a cabo. El psicólogo es el profesionista que es experto en los efectos de ciertas interacciones respecto del comportamiento del paciente para que se presente ajuste médico. Sin embargo, no hay psicólogos de la salud en la UMR debido a las carencias presupuestales, por lo que no hay profesionistas que puedan presentar este tipo de funciones. Esta situación esclarece la importancia de la participación de los diversos profesionales en el ámbito de la salud y de la necesidad de delegar actividades, ya que el médico no puede, por aspectos temporales y por carencia de habilidades y competencias, llevar a cabo todas las actividades que probabilicen un servicio médico efectivo.

Referencias Bibliográficas.

- 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_IN_DÍGENA
- Becerra, G. A. y Reynoso-Erazo, L. (2014). Efectos del comportamiento terapéutico e interacción con el paciente. En Reynoso, E. L. y Becerra, G. A. (Coord.). **Medicina Conductual: Teoría y práctica.** México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- 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_IN_DÍGENA

- Chávez, O. y Carpio, C. (2011). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. **Revista Latinoamericana de Bioética**, 18 (35-2), 195-209.
- Díaz, G. E., Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, I. E. y Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, 7 (3). Recuperado de https://www.academia.edu/24047168/ANALISIS_FUNCIONAL_DE_LAS_TERAPIAS_CONDUCTUALES_UNA_CLASIFICACION_TENTATIVA
- Froján, P. M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? **Clínica y Salud**, 22 (3), 201-204.
- Froján, P. M., Alpañés, F. M., Calero, E. A. y Vargas, C. I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. **Psicothema**, 22 (4), 556-561.
- Froján-Parga, M. X. y Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. **Psicología Conductual**, 19 (3), 659-682.
- Froján, M. X., Galván, N., Izquierdo, I., Ruiz, E., y Marchena, C. (2013). Análisis de las verbalizaciones desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta: Un estudio de caso. **Análisis y Modificación de Conducta**, 39(159-160), 25-38.
- Froján, P. M., Montañó, F. M. y Calero, E. A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. **Psicothema**, 18 (4), 797-803.
- Froján-Parga, M. X. y Ruíz-Sáncho, E. M. (2013). Análisis funcional de la interacción terapéutica. **International Journal of Interbehaviorism and Behavior Analysis**, 1 (1), 72-92.
- Galván-Domínguez, N., Beggio, J., Pardo-Cebrián, R., Segovia-Arroyo, A., y Froján- Parga, M. X. (2014). Verbal punishment in behavioural therapy, what does the therapist punish? **The European Proceedings of Social y Behavioural Sciences**, 1 87-97.
doi:<http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2014.05.11>
Recuperado de http://www.futureacademy.org.uk/files/menu_items/other/ep11.pdf
- Kolstrup, N. y Mosquera, M. T. (2016). Relevancia de la comunicación como fundamento del cuidado sanitario. En Campos-Navarro, R. (Coord.). **Antropología Médica e Interculturalidad**. México: McGraw Hill.

- Marchena-Giráldez, C., Calero-Elvira A. y Galván-Domínguez N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. **Clínica y Salud**, 24 (2), 55-61.
- Morales, G., Peña, B., Hernández, A. y Carpio, C. (2017). Competencias didácticas y competencias de estudio: su integración funcional en el aprendizaje de una disciplina. **Alternativas en Psicología**, 37. Recuperado el 28 de febrero de 2019 de <https://www.alternativas.me/attachments/article/143/02%20-%20Competencias%20didácticas%20y%20competencias%20de%20estudio.pdf>
- Moreno-Agostino, D., Galván-Domínguez, N., y Álvarez-Iglesias, A. (2015). Relationship between the client's adaptive verbalizations and the therapist's verbal behaviour in the clinic context. **Clínica y Salud**, 26 (3), 131-139. doi:10.1016/j.clysa.2015.07.001
- Muñoz, M. R. (2014). Atención médica, adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral y discriminación. **Revista pueblos y fronteras digital**, 9 (17), 95-115.
- Proceso (2019). **Municipios más pobres de Guerrero reciben 42.5 mdp de subasta de narcoinmuebles**. Recuperado de <https://www.proceso.com.mx/592892/municipios-mas-pobres-de-guerrero-reciben-42-5-mdp-de-subasta-de-narcoinmuebles>
- Silva, V. H., Ruíz, M. D., Aguilar, G. F., Canales, S. C. y Guerrero, B. J. (2016). LA enseñanza de la ciencia, la tecnología y la técnica interconductual: hacia una distinción entre prácticas psicológicas. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, 19 (1), 220-247.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L. y Landa, D.P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. **Cuadernos de Psicología**, 8, 27-52.
- Ribes, E.; Díaz-González, E. Rodríguez, M.L. y Landa, D. (1986). El Análisis Contingencial. **Psicología**, 8, 27-52
- Rodriguez, C. M. (2006). **Análisis contingencial**. México: FES-Iztacala, UNAM.
- Ruiz-Sancho, E. M., Froján-Parga, M. X. y Calero-Elvira, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. **Anales de psicología**, 29 (3), 779-790.
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. y Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de la salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. **Cadernos de Saúde Pública**. DOI.org/10.1590/0102-311x00120818.

Zolla, C., de 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.