

El ajuste al sistema médico indígena también es ajuste médico.

The adjustment to the traditional indigenous system is also medical adjustment

Omar Chávez Victorino¹
Universidad de Monterrey

Germán Morales Chávez
Universidad Nacional Autónoma de México

Noemi Emmert Robledo
Universidad Nacional Autónoma de México

Claudio Carpio Ramírez
Universidad Nacional Autónoma de México

Hay un problema nacional de salud respecto de la población indígena en México, ya que presenta un ajuste comportamental menor a las prescripciones establecidas por el equipo médico, lo cual lleva a índices de mortalidad y morbilidad más altos que en la población no indígena. Tradicionalmente, se ha denominado a esta situación como comportamiento no adherente o no saludable, causado por conocimientos inadecuados y habilidades deficientes en el ámbito de la salud. No se ha considerado que los pacientes indígenas ajustan su comportamiento a su propio sistema médico, el cual se denomina Sistema Médico Tradicional. En el presente escrito se intenta demostrar que la salud ha sido abordada desde distintos modelos médicos en función del grupo social observado; ninguno de estos modelos es verdadero o correcto, ya que son construcciones teóricas y sociales que fundamentan sistemas médicos diversos e instituciones de salud particulares, entre ellas las biomédicas y las tradicionales. Por lo tanto, el ajuste de los pacientes indígenas al SMT también es ajuste médico y representa una muestra de comportamiento saludable, pero diferente al comportamiento que se espera desde las instituciones pertenecientes al Sistema Biomédico de Salud. Es tarea del equipo médico comenzar a incorporar estrategias que probalicen el ajuste de los pacientes indígenas al SBS.

Palabras clave: ajuste médico, adherencia terapéutica, paciente indígena, cultura

¹Autor de correspondencia. Doctor en psicología y salud, con especialidad en Medicina Conductual. Correo: omar.chavezv@udem.edu/dr.omarchv@gmail.com. Av. Ignacio Morones Prieto 4500 poniente. Col. Jesús M. Garza, San Pedro Garza García, Nuevo León, México. C. P. 66238. Teléfono: +52 (81) 8215-1000

In Mexico there is a national health problem about the native population because it presents a less behavioural adjustment to the medical prescriptions which it has a higher rates mortality and morbidity than the non-native population. Traditionally, this situation is called as a non-adherent or unhealthy behaviour, it has caused by inadequate knowledge and deficient skills in the health environment. It is not considered that the native patients have an adjustment to their own medical system, that they have called as Traditional Medical System. In this paper is trying to show that health has been approached since different medical models depending on the social group observed; neither of these models is true or correct, because they are theoretical and social constructions that base various medical systems and particular health institutions, between them biomedical and traditional ones. Therefore, the adjustment of the native patients to the TMS is also medical adjustment and it represents a sample of healthy behaviour, but different from the behaviour expected from the institutions belonging at the Biomedical Health System. It is the task of the medical team beginning to incorporate strategies that probabilism the adjust of the native patients to the BHS.

Key words: medical adjustment, therapeutic adherence, indigenous patient, culture

Desde hace varios años se ha comentado que hay un problema nacional de salud respecto de la población indígena: se enferman y mueren más que la población no indígena, y muchas veces por padecimientos que en regiones urbanas se han controlado con gran éxito (Campos, 2009). Con el objetivo de revertir esta situación, se ha avanzado en la cobertura en salud de poblaciones indígenas, es decir, el gobierno ha construido programas de salud, como el IMSS BIENESTAR, antes IMSS PROSPERA, para brindar servicio en las regiones rurales de mayoría indígena (Chávez & Carpio, 2018).

La cobertura en salud en poblaciones rurales indígenas ha permitido identificar que los niveles de adherencia terapéutica son más bajos que en población no indígena (Secretaría de Salud, 2012), lo cual es un factor que minimiza el impacto en el estado de salud que puede tener la presencia de instituciones médicas en estas regiones. Se ha identificado que, para que el servicio de salud sea efectivo, incluyendo el hacer de médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros, los profesionistas del área de la salud deben lograr que el comportamiento del paciente se adecue a las indicaciones establecidas por el equipo médico dada una condición biológica. Estas condiciones se relacionan con las alteraciones de las funciones del cuerpo que llevan a un deterioro de la vida personal y/o a una muerte anticipada del paciente. Es decir, se relaciona con las enfermedades (Ribes, 2018).

Adherencia terapéutica y ajuste médico

La adherencia terapéutica es uno de los tópicos más relevantes en el área de la salud; distintas profesiones que trabajan de manera interdisciplinaria generan programas y técnicas para lograr que los pacientes tengan una mejor adherencia (Ribes, 2018). Existen diversas definiciones que se han establecido para referirse a la adherencia terapéutica y a otros términos relacionados. Haynes (1979) propuso una de las primeras definiciones respecto del comportamiento de los pacientes con relación a las prescripciones médicas: él habló del *cumplimiento* del tratamiento y lo conceptualizó como el grado en que la conducta del paciente

se corresponde con las indicaciones médicas y del personal de la salud. Más adelante se habló de *adhesión al tratamiento*, ya que algunos autores comentaron que el cumplimiento se refería a una imposición por parte del médico y a una participación pasiva por parte del paciente, y que en el ámbito médico lo utilizan para referirse sólo a la toma de medicamentos, siendo que las conductas que el paciente debe modificar abarcan más modalidades además de las prescripciones farmacéuticas (Martín & Grau, 2014); por lo tanto, concluyeron, era más conveniente hablar de alianzas o acuerdos médico-paciente (Bosworth, Weinberger & Oddone, 2006; Piña & Sánchez-Sosa, 2007).

En general, en el área de la salud se habla de términos como *cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, concordancia, observancia, adherencia, apego y adhesión* para referirse a la relación entre lo que el paciente hace y lo que el equipo médico le dice que debe hacer como parte de su tratamiento, a partir del diagnóstico de una patología (Martín, 2004). Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey (2003) comentan que, aunque hay diversos términos y definiciones, casi todos se refieren al grado en que el comportamiento de una persona sigue las indicaciones médicas o al grado en que el comportamiento del paciente se corresponde con las indicaciones del equipo de salud. Actualmente “cumplimiento”, “adherencia”, “apego” y “adhesión” son los más utilizados (Martín & Grau, 2014; Piña, 2013).

Piña y Sánchez-Sosa (2007) y Piña (2013) aceptan el uso del término “adhesión” para referirse a este tipo de situaciones, y enumeran una serie de elementos que deben considerarse al respecto. Estos autores concluyeron que es un concepto que pertenece a una categoría de *resultados*, y es de carácter *instrumental*, ya que sirve de instrumento para producir efectos en el organismo del propio paciente, dirigido a controlar o evitar el avance de una enfermedad o el desarrollo de enfermedades secundarias.

A pesar de las recomendaciones propuestas por los autores como resultado de los análisis conceptuales, la OMS (Martín & Grau, 2014) reconoce de manera oficial los términos “adherencia terapéutica” y “adherencia al tratamiento”, utilizándolos como

sinónimos, considerando la definición propuesta por DiMatteo y DiNicola (1982), que conceptualizaron la adherencia como una participación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico, con el fin de producir un resultado terapéutico en una dirección deseada.

En este escrito se considera, en común acuerdo con Ferrer (1995) y con Arroyo, Canales, Morales, Silva y Carpio (2007), que se requiere incorporar la complejidad funcional al estudio del comportamiento de los pacientes, ya que esto permitiría otro tipo de análisis, así como la explicación de diversos datos sobre los problemas del incumplimiento de las prescripciones médicas. Para ello es necesario un término que permita un tratamiento diferente del comportamiento del paciente. Lo que se puede observar en la situación médica es que el paciente, al cumplir con el tratamiento médico, se ajusta a las condiciones que impone el equipo médico. Para lograr este ajuste, el paciente requiere estructurar su comportamiento de una manera particular, lo cual implica una interacción psicológica en un nivel de complejidad específico. Por ejemplo, cuando el paciente nefrópata tiene que abrir la boca para que se le administre el alimento estructura su comportamiento en un nivel funcional distinto a aquel paciente que tiene que preparar alimentos variados en función de los niveles biológicos observados en sus pruebas de electrolitos; este paciente se ajusta a condiciones cambiantes que lo llevan a comer uno u otro tipo de alimentos con base en una tercera condición, que son los niveles biológicos.

Esta situación permite mencionar que es importante hablar de si el paciente, por medio de su comportamiento, consiguió cumplir con los criterios médicos establecidos y, además, en qué nivel funcional se estructuró su comportamiento para poder cumplir dichos criterios. Por lo que, al hablar de la relación entre el comportamiento del paciente y las indicaciones provistas por el equipo de salud, es más adecuado utilizar el término “ajuste”, definido como *la correspondencia entre la actividad del paciente y el criterio impuesto por el equipo médico, el cual estructura la situación a la que dicho paciente tendrá que ajustarse*. Debido a que el ámbito del que se habla es el médico o de la salud es adecuado hablar de “ajuste médico”.

De acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española (2015), el término “ajustar” se refiere a hacer y poner algo de modo que venga justo con otra cosa. Por otro lado, “ajuste” se refiere a la acción y efecto de ajustar y ajustarse. Esta definición es adecuada con la situación de la que se habla, en la cual se busca que el comportamiento del paciente se corresponda o se iguale, es decir, se ajuste a las indicaciones médicas provistas por el equipo de salud.

El equipo médico, por medio de la prescripción del criterio comportamental, establece la situación a la cual el paciente se debe *ajustar* (Arroyo et. al, 2007), y de esta manera adecuar su actividad a la estructura contingencial de la situación. El paciente adecua su actividad para lograr un *ajuste*, y este ajuste implica la estructuración del comportamiento en un nivel funcional específico.

Entonces, se propone hablar de “ajuste médico” para referirse a esta situación, y de “desajuste médico” para referirse a las situaciones en las que no hay una correspondencia entre el comportamiento del paciente y los criterios médicos establecidos por el equipo de salud. El caracterizar a este tipo de interacción como ajuste médico implica abandonar la tradición psicológica de colocar la explicación dentro del individuo (creencias, pensamientos, filtros) o afuera del individuo (la enfermedad, los médicos, la institución), considerando a este como un ser puramente respondiente; la explicación del ajuste médico se ubica en *la relación* entre el comportamiento del paciente y del médico, considerando elementos ambientales, del propio individuo y del médico.

El ajuste médico implica que los criterios son impuestos por el equipo de salud (Arroyo, et al., 2007). Aunque el diagnóstico médico siempre se establece durante la consulta, se pueden identificar dos situaciones genéricas en las que se pide al paciente que cumpla con los criterios impuestos durante la consulta, como parte del tratamiento que requiere en función de su condición orgánica:

1. Situaciones en la institución de salud.
2. Situaciones en su vida cotidiana (casa, trabajo, lugares de recreación, etc.).

Dentro de la institución médica los criterios que se establecen como parte del ajuste médico consisten en:

1. Acudir a citas con diversos profesionales del sistema de salud, incluyendo a médicos de diversas especialidades, nutriólogo, trabajador social y psicólogo, cumpliendo con las condiciones solicitadas para la cita.
2. Permitir que el personal de salud lleve a cabo diversas actividades que pueden provocar dolor, como pruebas diagnósticas invasivas, procedimientos quirúrgicos, y ante las cuales se relacionan diversas conductas funcionalmente asociadas en un primer momento, pero que después pueden adquirir autonomía funcional, como náuseas anticipatorias.
3. Permanecer en hospitalización el tiempo necesario para que el equipo médico pueda realizar pruebas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos.
4. Ingerir los medicamentos y los alimentos que el equipo médico pone a disposición de los pacientes.

En las situaciones de la vida cotidiana los pacientes deben de realizar actividades relacionadas con la toma de fármacos, alimentarse de acuerdo a una dieta específica y en ocasiones hacer actividades, pero de ciertos modos, por ejemplo, cuidadosamente, que implica no cargar objetos pesados, o tranquilamente, referido a evitar que el paciente se agite para impedir el aumento de la tensión arterial; en otras ocasiones se les pide que realicen ciertas actividades que permitan conocer algunas condiciones biológicas, como la toma de glucosa o de presión arterial. Es decir, se requiere modificar el estilo de vida; esta modificación

dependerá de la condición biológica y de su relación con el comportamiento.

Aunque lo que importa es que el paciente tenga un ajuste médico adecuado, quizá las situaciones hospitalarias y cotidianas tienen implicaciones específicas. En las situaciones hospitalarias es más fácil que el paciente presente el ajuste médico, ya que lo que tiene que hacer es diferente: por ejemplo, para tener una buena ingesta de medicamentos, durante su estancia hospitalaria, el paciente en ocasiones sólo tiene que abrir la boca con el fin de que la enfermera coloque la medicina en su boca, mientras que en su casa requiere saber qué hora es para que, en función de dicha hora, vaya al lugar donde guarda los medicamentos, abra una caja u otra de pastillas, saque la pastilla y la ingiera. Desde un punto de vista funcional, esta última situación, es más compleja que la primera, debido a que el cumplimiento de logros no implica la misma actividad. Los dos pacientes cumplieron con el criterio de logro referente a mantener sus niveles biológicos en un rango especificado, y los dos llevaron a cabo la actividad de tomarse la pastilla, pero su comportamiento se estructuró en niveles funcionales distintos, ya que el criterio de ajuste fue diferente.

Comúnmente, en el ámbito de salud se han identificado criterios de logro, siempre relacionados con resultados médicos y con niveles biológicos determinados, pero sin identificar criterios funcionalmente pertinentes en la situación. Arroyo (2009) comenta que una caracterización morfológica de los criterios, en diversos ámbitos de desempeño, sería imposible, debido a que la variedad de situaciones, medios y modos de cumplir un criterio en estos términos es muy amplia y su clasificación resulta complicada y poco práctica, por lo que propone identificar los criterios con base en su complejidad funcional.

Carpio (1994) planteó 5 niveles en los que se puede establecer criterios con base en dicha complejidad funcional; estos criterios son progresivamente más complejos e inclusivos, y se denominan criterios de ajuste, los cuales hacen referencia al requerimiento conductual que define la estructura contingencial de una situación (Carpio, Canales, Morales, Arroyo, & Silva, 2007, pp. 44). Estos criterios de ajuste están estructurados a partir de la taxonomía funcional del comportamiento propuesta por Ribes y López (1985).

En el ámbito de la salud, los criterios de ajuste permiten conocer el nivel mínimo en el que debe estructurarse un comportamiento para cumplimentar la demanda conductual en la situación médica (Arroyo, 2009). Entonces, los criterios de ajuste se refieren a lo que el individuo debe hacer para ajustarse funcionalmente a la estructura contingencial que define una situación (Carpio, 1994), en este caso, una situación médica. Existen distintos tipos de criterios de ajuste en función de la dimensión funcional en la que el individuo se esté comportando en una situación particular, o sea si se está comportando en un nivel intrasituacional, extrasituacional o transituacional (Ribes & López, 1985). Los distintos tipos de criterios de ajuste son:

1. **Ajustividad:** es un ajuste temporo-espacial de la respuesta a los parámetros temporo-espaciales de los eventos de estímulo; se describe la regulación de las propiedades paramétricas y funcionales de la respuesta en términos de las dimensiones paramétricas del estímulo. Ribes (2004) llama a este tipo de ajuste de “diferencialidad”.
2. **Efectividad:** es la adecuación temporal, espacial, topográfica, duracional e intensiva de la respuesta para regular la ocurrencia y los parámetros temporo-espaciales e intensidad de los eventos de estímulo.
3. **Pertinencia:** se refiere a la variabilidad de la respuesta y sus propiedades en función de la variabilidad del ambiente y sus condiciones. Ribes (2004) denomina a este tipo de ajuste de “precisión”.
4. **Congruencia:** se refiere a la correspondencia entre las contingencias situadas lingüísticamente y a las contingencias situacionales efectivas, es decir a la correspondencia entre el hacer-decir. En este nivel, la reactividad de la persona se independiza de las propiedades fisicoquímicas de los eventos y de los parámetros temporo-espaciales de la situación, y las contingencias funcionales se establecen por situación lingüística.
5. **Coherencia:** aquí la ajustividad se da por convención lingüística y los criterios se establecen dentro de la convención misma, es decir, es una correspondencia entre “decires”. Es importante proponer que cada tipo de ajuste incluye a su antecesor, por lo que el criterio de coherencia incluye a los 4 anteriores (Reyes, 2012).

En el ámbito médico, cuando se habla de ajuste médico, los criterios de ajuste se refieren a situaciones relacionadas y estructuradas con base en demandas relacionadas con el ámbito de la salud. A continuación, se describe a qué se refiere cada uno de los criterios de ajuste en este ámbito (Arroyo et al., 2007):

1. **Ajuste médico diferencial:** aquella situación en la que la demanda establecida es una correspondencia morfológica entre la actividad del paciente y las propiedades fisicoquímicas de la situación médica. Por ejemplo, cuando el paciente debe permanecer acostado para que le administren suero.
2. **Ajuste médico efectivo:** la demanda implica actividades específicas del paciente en función de elementos fisicoquímicos de la situación. El paciente no sólo debe adecuarse a las propiedades fisicoquímicas de la situación, sino también producir efectos o cambios específicos en la situación médica. Por ejemplo, un paciente que hace ejercicio 30 minutos al día, un paciente que se toma su tensión arterial para anotar en un formato de registro sus niveles correspondientes a cada día, un paciente que acude al hospital desde su casa para tener su cita programada con el neumólogo.
3. **Ajuste médico pertinente:** es aquel en el cual los criterios que se imponen se refieren a una correspondencia entre la

actividad del paciente, las indicaciones del equipo médico y un criterio extra a la situación. Es decir, son relaciones de condicionalidad entre las indicaciones médicas y otros elementos. Por ejemplo, situaciones de “en caso de... haga tal”; cuando el paciente debe tomarse la pastilla roja si sus niveles de tensión arterial están en cierto rango, pero una pastilla azul si sus niveles están en otro rango.

4. Ajuste médico congruente: es una demanda en la que se requiere relacionar lingüísticamente elementos de las indicaciones médicas respecto de otros elementos pertenecientes a una situación distinta. Por ejemplo, cuando se le pide al paciente que le diga los alimentos que requiere tomar y si, en función de su alimentación de los últimos días, cumplió o no con lo prescrito, o cuando se le pide al paciente que mencione las consecuencias médicas de la actividad física que llevó a cabo durante el periodo inter-citas.
5. Ajuste médico coherente: es aquel en el que la demanda que se establece implica que el paciente establezca relaciones lingüísticas, como en el caso anterior, pero abstraídas totalmente de las situaciones específicas en las cuales fueron elaboradas. Por ejemplo, cuando el médico le pide al paciente que, con base en la explicación que le dio sobre las enfermedades crónico-degenerativas y su desarrollo, mencione cómo se diferencian con otros modelos médicos como el indígena.

Una persona puede cumplir con criterios de logro a través de distintos criterios de ajuste, es decir, puede lograr lo que el médico le impuso comportándose en distintos niveles funcionales. El caso del paciente que requiere tomar una pastilla como parte del tratamiento médico es un ejemplo muy ilustrativo: el paciente que abre la boca para que la enfermera coloque la pastilla adentro se está ajustando a un criterio de diferencialidad, mientras que el otro paciente, que se toma las pastillas en su casa, se está ajustando a un criterio médico efectivo, el cual es un nivel de organización más complejo que el primero, aun cuando los dos pacientes cumplen con el criterio de éxito que es mantener sus niveles biológicos dentro del rango requerido y consumir los medicamentos prescritos. En el tercer caso, el paciente que se toma una pastilla u otra en función de los niveles de tensión momentáneos se ajusta a un criterio médico de pertinencia, y su comportamiento requiere configurarse en un nivel funcional más complejo para cumplir con dicho criterio; sin embargo, los 3 pacientes están presentando ajuste médico, ya que su comportamiento se está estructurando en niveles funcionales que, aunque distintos, les permiten cumplir con el criterio de logro impuesto por el médico.

También, el mismo paciente puede responderle al médico sobre las consecuencias físicas o los síntomas que ha tenido al tomarse ciertas pastillas, lo cual sería ajustarse a un criterio congruente; y ese mismo paciente podría proponerle al médico las bases teóricas que fundamentan al modelo biomédico, lo cual sería un ajuste coherente.

Seguramente el primer paciente, que presenta un nivel diferencial, tendrá un mejor ajuste médico que el segundo, el cual tiene un nivel efectivo, ya que cumple el criterio de logro ajustándose en un nivel menos complejo, y éste un mejor ajuste médico respecto del tercero, el cual estructura su comportamiento en un nivel pertinente. Los que se ajustan en el nivel coherente y congruente no tendrán un efecto directo en su organismo biológico, pero se ha observado que el saber qué, por qué y cómo hacerlo son habilidades lingüísticas que facilitan el hacer como actividad instrumental (Ribes, 1990). Los criterios de ajuste congruente y coherente se relacionen con las habilidades lingüísticas que se desarrollan en el paciente a través de técnicas como la psico-educación, en las que se exige a dicho paciente que aprenda cierta información sobre el qué, por qué, cómo, y otras características referentes a la relación entre la enfermedad y su comportamiento.

En general, se puede proponer que en la mayoría de las situaciones del ámbito médico los criterios de ajuste que se solicitan al paciente se ubican en un nivel ajustivo, efectivo y pertinente. Por ejemplo, un cumplimiento de criterio ajustivo es cuando se le pide al paciente que está hospitalizado que debe ingerir cierto tipo de alimentos para mantener sus niveles de electrolitos en un rango específico, el cual correspondería con el criterio de logro, pero lo único que se le pide es que abra la boca para que puedan meter la cuchara y que él mastique el alimento; un criterio efectivo sería cuando el médico le dice al paciente que cuando esté en casa debe comer todos los días un filete de pescado sin sal, acompañado de lechuga, y el paciente todos los días prepara el filete y corta la lechuga, para después comer; mientras que el ajuste a un criterio pertinente se presenta cuando el médico le pide al paciente que dependiendo de los niveles de electrolitos que obtenga en su examen de laboratorio debe adecuar su dieta a una cantidad variada de alimentos disponibles en un libro sobre la dieta para pacientes nefróticas. Esta situación exige al paciente identificar condiciones variantes momento a momento, por lo que se vuelve más complejo que en los dos casos anteriores, y requiere que el paciente se ajuste en un nivel distinto.

¿A qué se ajusta el paciente?

Una vez establecida la pertinencia de utilizar el término “ajuste” para referirse al comportamiento del paciente en el ámbito de la salud y cómo nos permite hacer análisis funcionales, se deben considerar ciertos elementos.

Los criterios a los que el paciente se va a ajustar no son naturales, es decir, son criterios establecidos por los profesionales de la salud. El equipo médico establece una serie de criterios funcionalmente pertinentes para el paciente ante una condición biológica dada. Estos criterios incluyen aspectos molares, como asistir a la insitución médica en tiempo y forma indicados, así como aspectos moleculares, como la ingesta de cierto tipo de alimentos o de fármacos.

Sin embargo, estos criterios no ocurren en el vacío, es decir, el actuar de los profesionales de la salud está enmarcado y regulado por dos factores que son imprescindibles al momento de analizar el comportamiento equipo médico-paciente en el área de la salud y que, sin embargo, se han excluido de diversas aproximaciones por considerar que el proceso de salud-enfermedad es natural, sin implicaciones teóricas y sociales.

Los factores son:

- 1.El modelo médico
- 2.La institución médica.

De acuerdo con Menéndez (1990, 2016a), un modelo médico es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas para aplicarse y establecer las acciones en el ámbito de la salud. De esta forma, podemos identificar dos modelos pertinentes para el objetivo del presente escrito:

- 1.El modelo biomédico
- 2.El modelo tradicional.

De manera general, el Modelo Biomédico (MBM) es producto del desarrollo científico y profesional de la biomedicina, y se instituyó en el siglo XIX en los países de América y Europa; es producto del desarrollo histórico europeo, ocurrido en un contexto capitalista (Gavilán et al., 2011). Según Menéndez (2005, 2016b), y Citarella (2009) este modelo tiene como base las siguientes características: biologicismo, pragmatismo, individualismo y mercantilismo. El biologicismo es lo que permite que el modelo pueda establecer una historia natural de la enfermedad, considerando secundaria la historia social de la misma; además, se trata de una visión fisiológica de la salud y la enfermedad.

Por otra parte, Aguirre Beltrán (1994) caracterizó al modelo tradicional como aquel que es transmitido de manera oral mediante el uso del lenguaje coloquial, con interpretaciones no naturales de causalidad, patogenia y tratamientos de enfermedades, teniendo como modo de conocimiento el empirismo. Citarella (2009) menciona que es un modelo holístico basado en acciones simbólicas, teniendo a la sociabilidad como condición de eficacia.

La Organización Panamericana de la Salud (sin fecha) menciona que no hay ningún grupo social que no haya desarrollado un sistema de medicina ya que la medicina es parte de la cultura. Un sistema médico se refiere a una manera ideológica y doctrinaria de las causas de las afecciones de un grupo social, la manera de identificarlas y diagnosticarlas, así como los métodos de cura y prevención de las enfermedades. Citarella (2009) menciona que hablar de un sistema médico es hablar de una cultura. Es decir, no hay un solo sistema sino una variedad de formas de abordar el ámbito de la salud en función de los grupos sociales de los que se hable, aunque el sistema biomédico se presente como el dominante.

De esta manera, el MBM es el fundamento del sistema biomédico, en el cual se establecen una serie de taxonomías res-

pecto de la nosología, la etiología y la semiología en el área de la salud. Así, se establece desde una postura teórica, es decir, construida, qué enfermedades existen en el ámbito de la salud, las causas de las mismas, y los síntomas (percepciones subjetivas) y signos (manifestaciones clínicas objetivas) relevantes para identificarlas. Lo anterior resulta en el modo de operar de las Instituciones Biomedicas (IBM), en la cual, el cuerpo teórico de conocimientos se concreta en comportamientos protocolizados para llevar a cabo las acciones elementales en el área de la salud: atención, diagnóstico y solución de los problemas relacionados con la salud de las personas (Espinosa, 2013).

Se debe considerar que las instituciones se expresan como comportamiento de personas que conforman una comunidad. Estas delimitan los espacios sociales y establecen los criterios comportamentales a los que las personas se ajustarán en cada uno de ellos (Ribes & Pérez-Almonacid, 2012), como en el caso de la salud. Es por ello que las instituciones no son entes abstractos, sino que son personas interactuando con otras personas con base en criterios compartidos. Dichos criterios siempre están posibilitados por su pertinencia a un modo de vida social (Ribes 2010), por lo que hay diversas instituciones en función de los diversos modos de vida que dan sentido al funcionamiento de los grupos sociales.

Derivado del modelo biomédico, de su sistema y el funcionamiento de sus instituciones, los profesionistas que integran el equipo médico establecen los criterios a los que el paciente requerirá ajustar su comportamiento con el fin de eliminar ciertas patologías, disminuir síntomas, alentar el desarrollo de enfermedades e impedir la presencia de patologías secundarias, y en última instancia, prevenir la muerte prematura. Es por ello que los criterios que establece el equipo médico no están contruidos en el aire o en el vacío; tampoco son naturales o derivados de características inherentes a situaciones y eventos. Están regulados por las instituciones médicas de las cuales dicho equipo es su realidad práctica.

Suposición de modelo, sistema e institución médica únicos

En el transcurso del desarrollo de las disciplinas relacionadas con el ámbito de la salud, el Modelo Biomédico (MBM) se instituyó como hegemónico, impulsado a través de sus instituciones, y justificado por dos criterios:

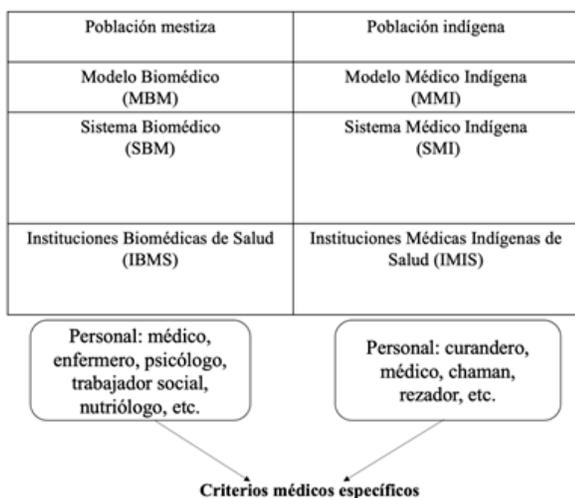
- 1.Profesional
- 2.Jurídico.

Es decir, el establecimiento del MBM está amparado por el Estado, y su modo de operar se deriva del conocimiento impartido en las universidades y del desarrollo científico (Menéndez, 2005). Además, el modelo es apoyado por grupos sociales dominantes, y, también, por ciertos grupos subalternos. Por estas razones todos los modelos médicos alternativos subordinados, como los llama Menéndez (1992), quedan relegados a un segundo término. No sólo los modelos tradicionales que están presentes

en comunidades indígenas, sino otros tipos de medicina que no se corresponde con la biomédica, como la herbolaria china, la ayurvédica y la acupuntura.

Sin embargo, existen diversos modelos, sistemas e instituciones médicas, establecidos en distintos grupos sociales. Para el caso que intereza en el escrito, se debe mencionar que las comunidades indígenas tienen su modo de conocimiento empírico, que es la base de sus Sistemas Médicos Médico Indígena (SMI), expresados a través de sus Instituciones Médicas Indígenas de Salud (IMI) y sus profesionistas: chamanes, rezadores, curanderos, etc (ver figura 1).

Figura 1. Relación entre modelos, sistemas, instituciones en diversos grupos sociales



Nota. Se observa cómo se da la relación entre los criterios médicos que el equipo de salud establece y los diversos elementos que explican por qué los criterios médicos son distintos en los grupos sociales, en función de los modelos, sistemas e instituciones que preveleen en su modo de vida.

El comportamiento de los pacientes indígenas se ajusta a los criterios establecidos por el equipo médico que opera en sus instituciones de salud, por lo que será diferente al comportamiento de la población no indígena respecto del ámbito de la salud. Sin embargo, también se observa ajuste médico; su comportamiento también se debe calificar como saludable, sólo que no se corresponde con los criterios derivados del sistema biomédico de salud.

¿Ajustes totales o parciales a los sistemas médicos?

La postura de dos sistemas médicos, diferentes y opuestos entre sí, se establece con fines teóricos y analíticos. En las prácticas de salud de los pacientes, se observa que en la concreción de cada padecimiento se presentan distintas prácticas pertenecientes a diversos sistemas médicos. De la misma manera, ante un padecimiento, el paciente puede hacer uso de diversas instituciones médicas, pero en ordenes específicos. Por ejemplo,

ante un dolor en el abdomen, puede ingerir hierbas y pastillas; o ante algún dolor de cabeza puede acudir al curandero y después a la clínica biomédica (Gavilán et al., 2011).

Corresponde a los profesionistas identificar a qué sistema se está ajustando el paciente que acude al servicio médico; si es usuario de sólo uno, dos o más sistemas de manera complementaria, o a ninguno de ellos. El ajuste a sistemas no biomédicos no puede ni debe ser explicado en términos de pensamientos mágicos, pensamientos irracionales o conductas desadaptadas, sino en función de los criterios institucionales que están regulando el comportamiento del paciente en el ámbito de la salud, y cómo estas acciones tienen como resultado el abatimiento de los padecimientos que se están considerando en cada caso.

Menéndez (2009) comenta que el equipo médico debe comenzar su trabajo a partir del presunto diagnóstico que el paciente expresa al llegar al consultorio, ya que este diagnóstico se relaciona con el ajuste comportamental que está teniendo el paciente respecto de un sistema médico específico. Además, este autor menciona que los diagnósticos que los pacientes pueden dar respecto de su condición de salud se corresponden en un porcentaje elevado con el diagnóstico médico, cuando los pacientes son usuarios del sistema médico al que están acudiendo; debido a la historia interactiva que tienen los pacientes respecto de un modo de vida y la institución médica que predomina es común y lógico que puedan identificar síntomas y se hagan diagnósticos pertinentes en el ámbito de la salud (Chávez, 2020). Por otra parte, identificar cuál es el idioma en el que el paciente interactúa como lengua principal es otro factor elemental para poder identificar las probabilidades de que su comportamiento se ajuste a uno u otro sistema médico (Albó, 2009). Además, como menciona Caprara (2009), la información que nos da el paciente no es ruido o interferencia para un servicio médico adecuado, sino que es información que nos permitirá identificar el sistema médico que regula el comportamiento del paciente en el ámbito de la salud y cuáles son las estrategias que debemos considerar para brindar un servicio efectivo.

Algunos autores latinoamericanos afirman que se ha observado que el ajuste a un sistema médico y no a otro depende del grado de estudio del paciente. Un paciente indígena con un grado universitario de educación tiende a ajustarse en mayor medida al SBM, con la utilización de fármacos, y a presentar un desconocimiento mayor del SMI (Gavilán et al., 2011).

Consideró que este ajuste al sistema biomédico se relaciona con dos aspectos:

1. La ubicación de las escuelas de educación superior.
2. Los contenidos de la curricula de la educación superior.

Una persona originaria que sale de su comunidad para acudir a la universidad o a al bachillerato se expone a un modo de vida completo, en el que los criterios que se establecen en diversas instituciones sociales tienen bases científicas, lógicas y racionales. Esto incluye al ámbito de la salud. De esta manera, la persona comienza a ser usuario del SBM; lo comienza a aprender

a través del discurso de los profesionistas, de sus amistades, de los medios de comunicación y de su coherencia con toda una sociedad con costumbres específicas. La asignatura de Biología está compuesta por contenido derivado de las ciencias de la salud, es decir, de las ciencias que aportan conocimiento al SBM. No se puede mencionar que al educarse las personas aprenden la forma correcta de comportarse ante ciertos padecimientos; si la educación media superior y superior se impartiera en las comunidades indígenas y el programa se relacionara con sus modos de vida, una persona con grado universitario seguiría ajustándose al SMI.

Acciones interculturales

Si se busca un ajuste del comportamiento del paciente al SBM, se requiere comenzar a respetar el sistema que está instaurado en su grupo social de referencia, es decir, incorporando elementos en la institución médica que posibiliten un contacto funcional entre el paciente y el equipo médico, y probabilicen que se presente dicho ajuste (Chávez & Carpio, 2018).

Por ejemplo, la incorporación de facilitadores interculturales, como figuras que hablan el idioma de la población indígena y que median la interacción entre el equipo médico y el paciente; o, la incorporación de hamacas en sustitución de las camas en aquellos lugares en que las camas no son objetos que se usen como muebles domésticos (Campos, 2009). Los médicos del SMI llevan a cabo este tipo de prácticas, al incorporar medicinas del sistema biomédico como parte del tratamiento de las enfermedades que ellos diagnostican, pero justificando su función desde los fundamentos del MMI (Citarella, 2009).

Categorías necesarias

Aceptando la existencia de diversos sistemas médicos, y observando que los pacientes tienden a utilizar varios de estos ante sus padecimientos, es necesario incorporar ciertas categorías al momento de brindar servicio médico en población indígena con base en el SBM, tales como:

1. Ajuste al SBM.
2. Ajuste al SMI.
3. Ajuste a diversos sistemas de manera simultánea, llamado “pluralismo médico” por Menéndez (2009)
4. Desajuste médico.

Por otra parte, se debe identificar, si durante el servicio médico, el equipo de salud estableció:

1. Criterios exclusivos del SBM.
2. Criterios médicos plurales a manera de complementación
3. Criterios exclusivos del SMI.

Lo anterior es importante ya que se ha observado que la complementación entre sistemas médicos puede ser una estrategia

que probabilice el ajuste a los sistemas médicos de los que no son usuarios (Chávez, Morales, Marcos y Carpio, 2020).

Por último, es importante identificar la secuencia del uso de las instituciones médicas, es decir, en qué secuencia acudió a la clínica: si fue en un primer momento, o después de acudir a otras instituciones médicas como las indígenas. El conocer la secuencia de uso de los sistemas dará cuenta de:

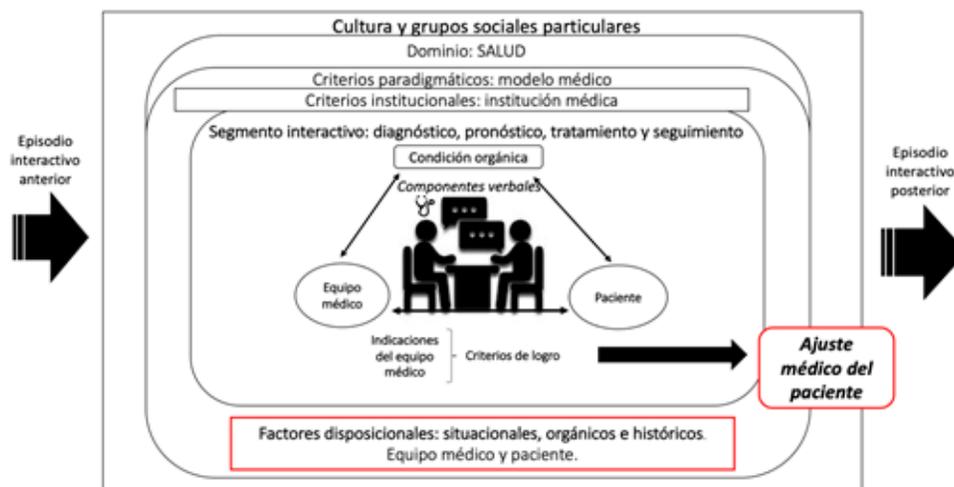
1. De qué sistema es usuario.
2. A qué sistema ajustará su comportamiento
3. Qué estrategias requiere llevar a cabo el equipo médico para aumentar el ajuste a sus instituciones.

Estas categorías se deberían comenzar a incluir no sólo al estudiar el ajuste médico de la población indígena, sino también en el estudio de la población mestiza o usuaria del sistema biomédico, ya que como menciona Menéndez (2009), la pluralidad médica se establece en toda la población que busca a las instituciones médicas ante diversos dolores o padecimientos. Y es la misma población la que obliga a los equipos de salud de los diversos sistemas médicos a buscar estrategias para establecer las condiciones óptimas para que el paciente ajuste su comportamiento a los criterios derivados del sistema de interés para dicho equipo de salud (Menéndez, 2016).

Para poder llevar a cabo investigación y prácticas profesionales en el ámbito de la salud que tomen en cuenta los siguientes aspectos se requieren de modelos teórico-prácticos que permitan analizar la relación equipo médico-paciente desde otra perspectiva. El modelo de la Interacción Psicológica en el Ámbito de la Salud (IPAS) es una opción (ver figura 2). Este modelo ha sido utilizado para investigar la relación equipo médico-paciente en poblaciones indígenas del estado de Guerrero; actualmente se siguen desarrollando investigaciones en el área de la salud con base en este modelo para incorporar elementos como el ajuste médico, las diferencias en los sistemas de salud y en los grupos sociales y la interacción verbal durante la consulta, ya sea identificando el comportamiento del personal de salud, del paciente y la relación entre ambos (Chávez et al., 2020).

Como corolario de todo lo anterior se requiere considerar e incorporar a las prácticas del equipo médico la siguiente afirmación: el ajuste a los sistemas médicos indígenas también es ajuste médico.

Figura 2. Modelo de Interacción Psicológica en el Ámbito de la Salud (IPAS)



Nota. Se presenta el IPAS, con los factores que lo componen, la manera en que se relacionan y cómo permite incorporar diversos aspectos que fueron desarrollados durante el texto.

REFERENCIAS

- Aguirre, B. G. (1994). *Obra antropológica XVI*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Albó, X. (2009). *Interculturalidad, Estado y pueblos indígenas*. En Citarella, L. & Zangari, A (Eds.). Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. Bolivia: Gente común. Disponible en: https://www.academia.edu/777671/LA_SALUD_EN_LA_COSMOVISIÓN_INDÍGENA
- Arroyo, H. R. (2009). *Efectos del nivel funcional de contacto con los referentes sobre el ajuste lector*. Tesis de doctorado. UNAM, FES Iztacala.
- Arroyo, R., Canales, C., Morales, G., Silva, H., & Carpio, C. (2007). Programa de investigación para el análisis funcional del ajuste lector. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 31-39.
- Bosworth, H. B., Weinberger, M., & Oddone, E. Z. (2006). What is treatment adherence?. En Bosworth, H. B., Oddone, E. Z. & M. Weinberger (Eds.). *Patient treatment adherence concepts, interventions, and measurement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Campos, R. (2009). Pueblos originarios, biomedicina e interculturalidad: conferencia inaugural. En L. Citarella & A. Zangari (Eds.). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Gente común. Disponible en: https://www.academia.edu/777671/LA_SALUD_EN_LA_COSMOVISIÓN_INDÍGENA
- Caprara, A. (2009). La relación médico-paciente: un enfoque intercultural. En L. Citarella & A. Zangari (Eds.). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Gente común. Disponible en internet: https://www.academia.edu/777671/LA_SALUD_EN_LA_COSMOVISIÓN_INDÍGENA
- Carpio, C. A. (1994). Comportamiento animal y teoría de la conducta. En L. Hayes, I. Ribes, & F. López (Coord.). *Psicología interconductual. Contribuciones en honor a J. R. Kantor*. México: U de G. Pp. 45-68.
- Carpio, C., Canales, C., Morales, G., Arroyo, R., & Silva, H. (2007). Inteligencia, creatividad y desarrollo psicológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 41-50.
- Chávez, V. O. (2020). La relación entre síntomas y sistemas médicos en el área de la salud: implicaciones en el comportamiento de los pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23 (2). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/76166/67255>
- Chávez, V. O., & 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). doi: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3422>
- Chávez, V. O., Morales, Ch. G., Marcos, S. R., & Carpio, R., C. (2020). Adherencia terapéutica, interacción equipo médico-paciente y justicia social en población indígena Mixteca de Guerrero, México. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 20 (1), 123-146. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4142>
- Citarella, M. L. (2009). Algunas reflexiones sobre modelos y sistemas médicos. En L. Citarella, & A. Zangari, (Eds.). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Gente común. Disponible en: https://www.academia.edu/777671/LA_SALUD_EN_LA_COSMOVISIÓN_INDÍGENA
- DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). Achieving patient compliance: *The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon Press.

- Espinosa, B. A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (1), 1-3. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v39n1/spu01113.pdf
- Ferrer, V. A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología y Salud*, 7 (1), 35-61.
- Gavilán, V., Viguera, P., Parra, M., Madariaga, C., Morales, N., Arriata, A., & 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. Disponible en: 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
- Haynes, R. B., Taylor D. W., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J. J., & Wiley, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. *Adherence to long term therapies: Evidence for action*, 135-149.
- Martín, A. L. (2004). Acerca del concepto de Adherencia Terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4).
- Martín, A. L., & Grau, A. J. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007
- Menéndez, L. E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza editorial mexicana.
- Menéndez, L. E. (1992). *La Antropología Médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primer/I_SM_486-495.pdf
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/731/731110102.pdf>
- Menéndez, E. L. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En L. Citarella, & A. Zangari, (Eds.). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Gente común. Disponible en: https://www.academia.edu/777671/LA_SALUD_EN_LA_COSMOVISIÓN_INDÍGENA
- Menéndez, E. L. (2016a). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos. En Campos-Navarro, R. (Coord.). *Antropología Médica e Interculturalidad*. México: McGraw Hill.
- Menéndez, E. L. (2016b). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Cienc. Saud. Colet.*, 21(1). Doi: 10.1590/1413-81232015211.20252015
- Organización Panamericana de la Salud (sin fecha). *Medicina Indígena Tradicional y Medicina Convencional*. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>
- Piña, L. J. (2013). Adhesión al tratamiento en personas con VIH/SIDA: una propuesta integradora. *Revista internacional de interconductismo y análisis de la conducta*, 1 (3), 47-72.
- Piña, L. J., & Sanchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Univ. Psychol. Bogotá*, 6 (2), 399-407.
- Real Academia Española (2015) [citado 2018-09-01]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=1PKzxcm>
- Reyes, A. R. (2012). *Efectos de la imposición de criterios de ajuste sobre el aprendizaje de habilidades conceptuales con base en criterios disciplinarios*. Tesis de licenciatura. UNAM: FES Iztacala.
- Ribes, I. E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, I. E. (2004). Acerca de las funciones psicológicas: un post-scriptum. *Acta comportamental*, 12 (2), 117-127.
- Ribes, I. E. (2010). Conceptos, categorías y conducta: reflexiones. En I. E. Ribes (Ed.). *Teoría de la conducta 2*. México: Trillas.
- Ribes, I. E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la teoría de la Psicología*. México: Manual moderno.
- Ribes, I. E., & Pérez-Almonacid, R. (2012). La función lógica del concepto de medio de contacto. *Acta Comportamental*, 20 (2), 235-249.
- Ribes, E., & Lopez, F. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.
- Secretaría de Salud (2012). *Perfil epidemiológico de los municipios indígenas de México*. Disponible en: SINAVE/DGE/SALUD/PerfilEpidemiologicodelosMunicipiosIndigenas-enMexico.