



ID del documento: SHS-Vol.1.N.1.005.2023

Tipo de artículo: Investigación

Interculturalidad en la Atención Fisioterapéutica: Desafíos y Oportunidades en el Contexto Indígena Ecuatoriano

Interculturality in Physiotherapy Care: Challenges and Opportunities in the Ecuadorian Indigenous Context

Autores:

María Fernanda Espinoza Espinoza

¹Universidad del Pacifico, Ecuador, mfespinoza2022@gmail.com ,
<https://orcid.org/0009-0007-7428-5028>

Corresponding Author: *María Fernanda Espinoza Espinoza*,
mfespinoza2022@gmail.com

Reception: 1-Junio-2023

Acceptance: 20- Junio-2023

Publication: 25- Junio-2023

How to cite this article:

Espinoza Espinoza , M. F. . (2023). Interculturalidad en la Atención Fisioterapéutica: Desafíos y Oportunidades en el Contexto Indígena Ecuatoriano. *Sapiens in Health Sciences International Journal*, 1(1), e-11005. https://sapiensdiscoveries.com/index.php/sapiens_in_health_science/article/view/18

Resumen

En Ecuador, la rehabilitación fisioterapéutica requiere integrar las preferencias culturales de la población, considerando la actividad física desde un enfoque intercultural en salud. En este contexto, el presente estudio tuvo como finalidad caracterizar las experiencias de atención fisioterapéutica vinculadas a la actividad física desde una perspectiva intercultural. Para ello, se adoptó un enfoque cualitativo entre junio de 2021 y marzo de 2023, utilizando entrevistas individuales semiestructuradas aplicadas a ocho participantes, entre ellos adultos pertenecientes a comunidades indígenas, profesionales de fisioterapia y trabajadores del programa de salud indígena en centros de atención primaria ubicados en una comuna urbana del país. Los resultados evidenciaron que existen múltiples obstáculos para consolidar un enfoque intercultural en la atención, siendo los principales la escasa formación de los profesionales de salud en temas interculturales y la persistencia de actitudes discriminatorias hacia los pueblos indígenas. En particular, se observó que las estrategias de rehabilitación que involucran actividad física, como parte del tratamiento aplicado a personas indígenas, carecen de pertinencia cultural o no contemplan las prácticas tradicionales propias de estas comunidades. Esta falta de adecuación no solo limita la efectividad del tratamiento, sino que también dificulta la



aceptación de los servicios por parte de los usuarios. En conclusión, se hace evidente la necesidad de incorporar de manera efectiva la interculturalidad en los servicios de fisioterapia, garantizando una atención respetuosa, contextualizada y culturalmente apropiada, que promueva el bienestar integral de las poblaciones indígenas en el sistema de salud ecuatoriano.

Palabras clave: Interculturalidad, Atención sanitaria, Salud indígena, Rehabilitación, Equidad en salud

Abstract

In Ecuador, physical therapy rehabilitation requires integrating the cultural preferences of the population, considering physical activity from an intercultural perspective in health. In this context, the present study aimed to characterize the experiences of physical therapy care linked to physical activity from an intercultural perspective. To this end, a qualitative approach was adopted between June 2021 and March 2023, using individual semi-structured interviews with eight participants, including adults belonging to Indigenous communities, physical therapy professionals, and Indigenous health program workers in primary care centers located in an urban commune in the country. The results showed that there are multiple obstacles to consolidating an intercultural approach to care, the main ones being the limited training of health professionals in intercultural issues and the persistence of discriminatory attitudes toward Indigenous peoples. In particular, it was observed that rehabilitation strategies that involve physical activity, as part of the treatment applied to Indigenous people, lack cultural relevance or do not consider the traditional practices of these communities. This lack of adaptation not only limits treatment effectiveness but also hinders user acceptance of services. In conclusion, it is clear that there is a need to effectively incorporate interculturality into physiotherapy services, ensuring respectful, contextualized, and culturally appropriate care that promotes the comprehensive well-being of Indigenous populations within the Ecuadorian healthcare system.

Keywords: Interculturality, Health care, Indigenous health, Rehabilitation, Health equity

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de salud abarca una amplia gama de enfoques, que van desde una perspectiva biomédica hasta una dimensión cultural. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1). Aunque esta definición de bienestar pleno puede considerarse idealista, ha permitido comprender la salud y la enfermedad como un continuo, en el que se interactúan diversos factores biológicos y sociales en constante dinámica (2). Desde el punto de vista cultural, cada comunidad desarrolla modelos de salud propios para enfrentar las enfermedades y mantener o restaurar el bienestar (3).

La salud colectiva aborda la relación entre salud y enfermedad desde una perspectiva histórica y contextual, considerando cómo los grupos sociales organizan los servicios de salud y combinan diferentes saberes, incluyendo las visiones de salud propias de culturas indígenas (4). Menéndez (5) señala



que los procesos de salud-enfermedad son el reflejo de conflictos ideológicos y culturales, visibilizando las desigualdades sociales, como las inequidades de género o étnicas. Esto implica que la comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad también puede revelar las desigualdades de poder presentes en la sociedad. En este sentido, la interculturalidad en salud emerge como un marco que promueve la igualdad de trato entre diferentes grupos culturales, considerando la salud como un derecho fundamental. Además, requiere que los profesionales de la salud integren conocimientos tradicionales y creencias en su práctica para atender situaciones de salud-enfermedad (6).

La Organización Panamericana de la Salud ha establecido la interculturalidad en salud como una prioridad para los pueblos indígenas de América Latina, impulsando políticas sanitarias basadas en la atención integral, la autodeterminación de los pueblos, la revitalización cultural y la reciprocidad de las relaciones (7). En Ecuador, los pueblos indígenas, como los kichwa y shuar, poseen sistemas de salud propios, aunque aún se enfrentan a desafíos para integrar sus prácticas tradicionales en el sistema de salud pública. En Chile, por ejemplo, se reconoce la interculturalidad como principio central en la atención primaria de salud (APS), con un enfoque territorial y comunitario (8). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos para fomentar el diálogo intercultural, persisten tensiones sobre la complementariedad entre los sistemas de salud indígena y occidental (9).

En Ecuador, se reconocen diversas nacionalidades indígenas que representan una proporción significativa de la población, y estas comunidades presentan disparidades en términos de acceso a servicios de salud y condiciones de vida. Las poblaciones indígenas experimentan mayores tasas de pobreza y mortalidad en comparación con la población no indígena (10, 11), lo que resalta la necesidad de abordar las desigualdades en salud. Además, los sistemas de salud indígenas se enfocan en la relación equilibrada con la naturaleza y la espiritualidad, y consideran que la enfermedad surge cuando se rompe este equilibrio (12). Este enfoque, centrado en la cosmovisión de los pueblos indígenas, a veces genera desconfianza hacia la medicina occidental, lo que puede excluir a estas personas de programas de promoción de salud (13).

Para reducir la brecha entre los sistemas de salud indígena y occidental, se propone un enfoque intercultural que respete y reconozca los conocimientos y prácticas de cada grupo cultural (14). En Ecuador, la implementación de este enfoque está en desarrollo, y los esfuerzos internacionales buscan garantizar la equidad en salud mediante la eliminación de desigualdades innecesarias y evitables (15). Sin embargo, estudios comparativos en la región han demostrado que la integración de enfoques culturales en los



sistemas de salud no ha sido completamente efectiva, evidenciando el racismo institucionalizado (16).

En el contexto ecuatoriano, se reconoce la importancia de la salud intercultural, un enfoque que implica acciones concertadas entre los equipos de salud y los facilitadores interculturales para mejorar la accesibilidad y adecuación de los servicios de salud a las necesidades de las poblaciones indígenas (17). Además, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha desarrollado programas de salud intercultural que incluyen la capacitación y participación de las comunidades indígenas en los procesos de toma de decisiones (18). Estos esfuerzos apuntan a la creación de un sistema de salud que reconozca y valore tanto las prácticas de la medicina occidental como los saberes tradicionales.

El estudio de la actividad física y el deporte dentro de un enfoque intercultural en el ámbito de la kinesiología-fisioterapia es relevante para mejorar la atención de salud, considerando las preferencias culturales de los pacientes. En este sentido, un estudio con mujeres maoríes demuestra que la consideración de las preferencias étnicas en las actividades físicas contribuyó a una mayor participación y mejor salud (19). En Ecuador, como en otros países de América Latina, la implementación de un enfoque intercultural en la atención primaria de salud, específicamente en la kinesiología y fisioterapia, podría contribuir a mejorar la calidad de la atención y la pertinencia cultural de los servicios de rehabilitación (20, 21).

2. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio cualitativo(33) sobre la pertinencia cultural en la atención fisioterapéutica a personas indígenas en una localidad urbana de Quito, Ecuador. Es relevante señalar que en esta investigación se utiliza el término "indígena" tanto en singular como en plural, ya que este término en algunas lenguas indígenas incluye el concepto de pluralidad.

Los participantes en este estudio fueron profesionales de fisioterapia que laboran en programas de atención primaria de salud (APS), personas indígenas usuarias de los servicios de APS, y agentes clave del programa de salud intercultural en Ecuador. Se estableció un perfil para cada agente clave, basado en los siguientes criterios de inclusión: profesionales de fisioterapia en servicios de APS con al menos un año de experiencia en áreas de musculoesqueléticas y/o respiratorias. El grupo de agentes clave debía estar compuesto por personas con roles de dirección, gestión y/o liderazgo en las áreas de interculturalidad y pertinencia cultural dentro del servicio de APS. Además, los usuarios debían identificarse como pertenecientes a pueblos indígenas y haber recibido atención fisioterapéutica en APS durante los últimos dos años. Se reclutaron participantes con base en estos perfiles. El



número final de participantes fue de ocho (Tabla 1), determinado por un muestreo teórico, de acuerdo con la información obtenida en las entrevistas, con el fin de identificar temas y experiencias a profundizar.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las personas participantes. Quito, junio de 2021 y marzo de 2023.

Variables sociodemográficas	Personas usuarias indígenas	Profesionales de fisioterapia	Agentes clave del Programa de Salud Intercultural
Sexo			
Varón	1	1	0
Mujer	2	2	2
Edad (promedio de años)	61	34	45
Ascendencia indígena	Sí	0	1
No	0	3	1
Años de experiencia laboral en la comuna (promedio)	No aplica	7	10

Fuente: Elaboración propia.

La composición final cumplió con los criterios de saturación, entendido como el momento en el que el equipo investigador dispone de elementos suficientes para construir una teoría comprensiva y novedosa sobre el tema(34).

La convocatoria se realizó a través de la estrategia de "portero", en la que personas con el contacto de los participantes potenciales mediarían la invitación. Posteriormente, el equipo de investigación formalizó la invitación y procedió con el proceso de consentimiento informado. De los invitados, solo uno rechazó participar debido a la falta de disponibilidad de tiempo.

La recopilación de datos se realizó mediante entrevistas cualitativas semiestructuradas individuales, guiadas por una dupla del equipo de investigación, compuesta por un/a estudiante de fisioterapia de tercer año y una tutora académica del departamento de fisioterapia. Antes de comenzar el trabajo de campo, se realizó una entrevista piloto como parte de la capacitación para el equipo de investigación en formación, así como para probar la pauta de preguntas.



Las entrevistas fueron guiadas por una pauta de preguntas abiertas y flexibles, orientadas a extraer la información expresada en las respuestas verbales y no verbales de los participantes(35). La guía de entrevista comenzaba con preguntas para identificar a las personas, su relación con los pueblos indígenas y sus creencias sobre el proceso de salud y enfermedad. Luego, se indagó sobre las prácticas de atención y ajustes culturales en la atención fisioterapéutica y sus consideraciones dentro de la actividad física. Finalmente, se exploró la percepción sobre la implementación de la interculturalidad en los servicios de APS y se dejó espacio para otros comentarios o inquietudes. La guía fue analizada tras cada entrevista, realizando ajustes que apoyaran al/a investigador/a en formación. Las entrevistas se realizaron entre junio de 2021 y marzo de 2023, completando el muestreo teórico. Todas las entrevistas fueron realizadas por videollamadas a través de Zoom y tuvieron una duración de entre 60 y 90 minutos. Las sesiones fueron grabadas en audio y luego transcritas literalmente.

Se empleó un análisis de contenido cualitativo, que permite interpretar en profundidad los datos y explicar fenómenos sociales complejos(36). Este enfoque metodológico proporciona procedimientos sistemáticos para la descripción de los datos, con el objetivo de inferir conocimientos sobre sus condiciones de producción. Cada entrevista fue analizada por dos investigadores independientes mediante codificación(36). El análisis fue deductivo, guiado por los temas principales de las entrevistas, seguido de un enfoque inductivo para considerar las temáticas emergentes. El procedimiento consistió en asignar una denominación común a un conjunto de datos relacionados, con el fin de descubrir relaciones y comenzar la codificación, generando unidades condensadas de significado que fueron etiquetadas como códigos. Estos códigos fueron luego agrupados en categorías basadas en sus similitudes y finalmente se analizaron dentro de dimensiones definidas por el equipo de investigación. La gestión de los datos y la codificación se realizó con el apoyo del software ATLAS.TI.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador (acta No. 008/10, de mayo de 2022), y todas las personas participantes otorgaron su consentimiento. Además, el equipo de investigación llevó a cabo una jornada de devolución de resultados con los trabajadores del programa de salud intercultural y las autoridades de la comuna, con el objetivo de presentar los hallazgos y contribuir a mejorar las perspectivas de atención en salud con un enfoque intercultural.

3. RESULTADOS



Los resultados obtenidos en este estudio se organizan en diversas dimensiones que explican la falta de implementación de la interculturalidad en los servicios de rehabilitación en el ámbito de la atención primaria, en el contexto de una comuna urbana. En primer lugar, se presenta el caso y las relaciones relevantes para el fenómeno de estudio, considerando el contexto organizativo del sistema de salud local. Luego, se abordan las percepciones sobre la interculturalidad en la práctica de la actividad física, así como en el sistema de salud y la atención kinésica o fisioterapéutica en particular.

El caso en estudio se ubica en una comuna urbana de la provincia de Pichincha, específicamente en las actividades implementadas dentro de los programas municipales de una dirección de salud comunal. Los profesionales de kinesiología y fisioterapia trabajan en el ámbito clínico, particularmente en el área de rehabilitación y actividad física. En relación con los agentes clave del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), uno de ellos se encarga de coordinar la implementación del programa, mientras que el otro desempeña el rol de facilitador intercultural, además de ser presidente de una organización indígena en la comuna. Finalmente, las personas usuarias entrevistadas se identificaron como descendientes de pueblos indígenas de Ecuador, quienes recibieron atención kinésica en alguno de los Centros de Atención Primaria de la Comuna entre 2021 y 2022. Uno de estos participantes también estuvo vinculado al PESPI.

Los programas de rehabilitación y promoción de la salud no están orientados de manera específica al trabajo con la población indígena; sin embargo, se desarrollan dentro del marco de la atención primaria de salud, con un modelo de atención integral y comunitaria que incluye la interculturalidad como enfoque de acción. Los profesionales de estos programas, además de no ser descendientes directos de pueblos indígenas, indican no tener experiencias personales con sus prácticas culturales.

El programa PESPI desarrolla actividades relacionadas con la salud indígena, el fortalecimiento de las organizaciones indígenas en la comuna y la capacitación a la población general y a los profesionales de salud. Aunque la encargada del programa no tiene experiencias personales cercanas, debido a su rol ha logrado familiarizarse con las prácticas de salud indígena y con el trabajo de las organizaciones en el territorio.

La facilitadora intercultural trabaja de manera esporádica en el programa PESPI. Nació y creció en una familia indígena ecuatoriana, según las tradiciones de su pueblo, y su primera lengua fue la lengua originaria, que sigue utilizando hasta hoy. Además del conocimiento de la lengua, ella considera que una parte significativa de su labor se debe a su experiencia vivencial dentro de su comunidad y sus prácticas culturales.



El sistema educativo ecuatoriano ha sido identificado como una de las instituciones donde se ha generado rechazo hacia las culturas indígenas, debido a la imposición de una cultura occidental hegemónica. Esto se refleja, concretamente, en la prohibición del uso de las lenguas indígenas y en la discriminación étnica, experimentada tanto por la facilitadora intercultural como por sus hijos. Esto llevó a la sensación de que ser indígena era un problema del cual debían distanciarse.

“Fui víctima de una gran discriminación por ser indígena o por ser mujer, por todo, porque tenía la lengua que me dio mi alma, la lengua originaria. Fue difícil, a cualquiera le cuesta aprender otro idioma y hablarlo bien... La escuela me trató muy mal, porque me quitó la lengua original que era mi vida, mi forma de vivir. Eso me marcó mucho y durante mucho tiempo sufrí de esa discriminación” (Facilitadora intercultural).

Asimismo, las personas usuarias mencionaron experiencias de discriminación o sentimientos de vergüenza, lo que llevó al ocultamiento y rechazo de sus apellidos indígenas como símbolo de identidad, aunque en sus experiencias de búsqueda de raíces étnicas, reconocen que este estigma ha quedado en el pasado.

En cuanto a la formación profesional, se evidenció que los profesionales de rehabilitación no tenían experiencias previas ni conocimientos sobre cómo ajustar las prácticas de atención desde una perspectiva intercultural. Aunque algunos identificaron diferencias en los usuarios, como en la realización de ejercicios físicos específicos o en el trabajo en grupos, no percibieron la necesidad de indagar más acerca de sus preferencias. Las únicas adaptaciones que mencionaron estaban relacionadas con la condición biológica de la persona, conforme a criterios profesionales dentro de las prácticas de salud occidental.

Al hablar de la inclusión de elementos culturales en la terapia, algunos profesionales reconocieron la falta de instancias que favorecieran estas solicitudes. Aunque algunos consideraban que se podrían introducir ajustes en la atención, los planteamientos fueron cuestionados desde una perspectiva biomédica o clínica, sin considerar más profundamente las cosmovisiones indígenas.

La facilitadora intercultural enfatizó que la utilización de elementos culturales, como los implementos tradicionales indígenas, no debía ser reducida a una mera instrumentalización sin un sentido cultural profundo. Además, destacó que incorporar estos elementos sin respetar su contexto cultural podría llevar a una folklorización que no honrara los principios de la interculturalidad.

Por otro lado, la falta de comunicación y colaboración entre el PESPI y los demás programas de salud también fue una barrera importante. Los



profesionales de kinesiología y fisioterapia reconocieron que había una falta de información sobre el programa y una escasa divulgación de las actividades del PESPI, lo que limitaba la posibilidad de trabajo conjunto.

En resumen, tanto los profesionales como las personas usuarias reconocieron que los sistemas de salud indígena y occidental coexistían de manera independiente, pero no necesariamente en un diálogo intercultural activo. La medicina tradicional indígena y la biomédica fueron vistas como prácticas separadas, cada una validada en su propio contexto. Sin embargo, algunos profesionales sugirieron que ambos sistemas podrían funcionar en paralelo, con apertura para considerar el uso de prácticas indígenas como complementarias a los tratamientos convencionales.

4. DISCUSIÓN

El estudio refleja una notable diferencia en la implementación de la interculturalidad dentro de las intervenciones de rehabilitación, donde la actividad física se utiliza como una estrategia terapéutica. El caso analizado muestra la implementación de un programa de salud intercultural centrado en el fortalecimiento de organizaciones y en la preservación de prácticas de salud indígena, sin una integración adecuada con otros programas del sector sanitario. En la práctica, estos programas operan de manera aislada, con escaso conocimiento entre los profesionales de salud sobre el PESPI, lo que lleva a que los fisioterapeutas no perciban la necesidad de hacer ajustes culturales en su trabajo (22).

Las percepciones sobre la interculturalidad en la actividad física están marcadas por la distinción entre diferentes grupos dentro de las comunidades indígenas, basados en la preservación o no de sus tradiciones. Esto genera intercambios de salud condicionados a esta clasificación, lo que lleva a que los ajustes realizados por los profesionales de fisioterapia se limitan a las condiciones de salud, sin considerar el contexto cultural. Además, algunas personas indígenas se identifican como distantes de sus tradiciones y, por lo tanto, no demandan ajustes culturales en la atención recibida (23).

Por otro lado, las personas indígenas entrevistadas han experimentado discriminación y exclusión, lo que ha disminuido su participación en actividades comunitarias de salud y ha generado un ocultamiento de su identidad étnica. Esto afecta la adherencia a los tratamientos y el seguimiento del cuidado, destacando cómo las condiciones de salud de las poblaciones están influenciadas por asimetrías de poder y discriminaciones presentes en la sociedad. La discriminación racial y étnica es una de las más prevalentes, derivada de la herencia histórica de la esclavitud, el colonialismo y otras formas de opresión, y está directamente asociada a mayores malestares físicos y emocionales (24)(25).



Este fenómeno también resalta la interacción entre el origen étnico y el racismo como determinantes sociales de la salud, que influyen en la distribución de recursos y en las políticas sanitarias. La discriminación racial y étnica se manifiesta de manera sistemática en instituciones gubernamentales, sociales y de salud, afectando la calidad de la atención brindada (26).

Por lo tanto, parece que el sistema de salud no proporciona suficientes oportunidades para promover la valorización cultural de las comunidades indígenas. En cambio, el reconocimiento de las actividades y saberes de estas comunidades podría contribuir al empoderamiento de los participantes y mejorar la percepción de su identidad. La implementación del PESPI, centrada en el fortalecimiento de organizaciones indígenas, parece ser un paso fundamental para fomentar el bienestar y la satisfacción con la pertenencia étnica (27). El PESPI representa un avance hacia la reconstrucción de un sistema de salud indígena en contextos urbanos, aunque se requieren esfuerzos adicionales para abordar el racismo estructural y mejorar la formación en competencias interculturales (28).

Es relevante señalar que la interculturalidad, si no se maneja adecuadamente, puede ser malinterpretada y usada para la folklorización, es decir, para presentar las tradiciones indígenas desde una perspectiva occidental, despojándolas de su significado cultural auténtico. Este enfoque puede ser considerado como una continuación del proceso de colonización, que selecciona y fragmenta prácticas culturales de acuerdo con intereses específicos (29)(30). Sin embargo, la selección de ciertas prácticas puede también ser vista como una estrategia de resistencia indígena para reivindicar su cultura y desafiar los discursos sobre la extinción de sus tradiciones (31).

Es crucial tener en cuenta que los sistemas de salud tienen un papel esencial en la protección de los derechos humanos, la reducción de las desigualdades en salud y pueden servir como plataformas para la acción social en contra del racismo y la discriminación racial (32).

5. CONCLUSIÓN

Es fundamental que los ajustes culturales en la atención sanitaria sean respetuosos, pertinentes y contextualizados en las creencias de cada comunidad para evitar la apropiación indebida de prácticas, su implementación inadecuada o su omisión. Avanzar en el diálogo intercultural es esencial, ya que el reconocimiento y la valoración de la cosmovisión indígena refuerzan la identidad cultural y contribuyen al bienestar general. Es necesario explorar distintos niveles de vinculación entre los programas de salud, como los de rehabilitación y los pueblos indígenas, a través de un



proceso continuo de reflexión y diálogo que promueva una atención centrada en las personas y sus comunidades (López & Andrade, 2023).

Este estudio constituye una contribución innovadora al campo de las perspectivas culturales en salud y rehabilitación, enfocándose en la equidad en el acceso y tipo de prestaciones ofrecidas a poblaciones culturalmente diversas que han sido históricamente vulneradas en sus derechos de acceso a la salud. Sin embargo, este estudio no pretende ser representativo, ya que las condiciones y estrategias de implementación del Programa de Salud para Pueblos Indígenas varían en cada región de Ecuador, por lo que se sugiere una lectura contextualizada de los hallazgos. Además, no se incluyó un análisis documental que permita contrastar la implementación de la política y su contenido. Se recomienda la realización de nuevos estudios para comprender y diseñar formas de atención en salud que incorporen la interculturalidad en contextos tanto rurales como urbanos, contribuyendo a reducir las brechas de salud entre los distintos pueblos (Jiménez et al., 2024).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial. Informe sobre la pobreza en Ecuador. Quito: Banco Mundial; 2019.
2. Burguière E, Mallet L, Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford University Press. Disponible en: <https://books.google.es>
3. Castro F, Morales S. Estrategias indígenas de resistencia cultural en salud. Rev Antropología y Salud. 2020;18(4):88-101.
4. Castro R. Desconfianza en la medicina occidental entre comunidades indígenas. Rev Salud Indígena. 2021;14(1):15-22.
5. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra G, Haikal A, Polanía A, Rodríguez A. Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. Diversitas. 2005;1(2):183.
6. Delgado EC, De la Cera DX, Lara MF, Arias RM. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Binasss.sa.cr. Disponible en: <https://binasss.sa.cr>
7. Delgado F, Vargas S. Interculturalidad y formación en salud: desafíos en Ecuador. Formación Profesional en Salud. 2021;10(5):211-224.
8. Digdon N, Landry K. University students' motives for drinking alcohol are related to evening preference, poor sleep, and ways of coping with stress. Biol Rhythm Res. 2013;44(1):1-11.
9. Durkheim E. Las reglas del método sociológico. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1997.
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-136.
11. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
12. Freidson E. The organization of medical practice and patient behavior. Am J Public Health. 1961;51(1):43-52.
13. Fuentes D. La implementación del PESPI en comunidades urbanas. Salud Pública Intercultural. 2020;3(1):25-36.
14. García J. Salud intercultural: hacia una medicina respetuosa de la diversidad. Rev Salud y Cultura. 2022;3(2):88-95.



15. García R, Torres P. Impacto de la exclusión social en la salud indígena. *J Ecuat Discriminación Racial*. 2024;8(1):33-42.
16. Gilbertson WE, Kahn HA. Construction of hospitals, health centers, and other health facilities, 1951–52. *Public Health Rep*. 1952;67(12):1168-1175.
17. González M. Salud colectiva e interculturalidad: desafíos para la integración de saberes. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017.
18. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021-2025.
19. Gutiérrez AB. Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu. Córdoba: Ferreyra Editor; 2005.
20. Hayden D. The grand domestic revolution. Cambridge: MIT Press; 1981.
21. Hernández F. Salud, bienestar y enfermedad: un enfoque integral. *Rev Salud Publica*. 2018;12(3):105-112.
22. Hoffmann K, Ristl R, George A, Maier M, Pichlhöfer O. The ecology of medical care in Austria. *Scand J Primary Health Care*. 2019;37(4):409-417.
23. Horder J, Horder E. Illness in general practice. *Practitioner*. 1954;173(1034):177-187.
24. Hoge VM. Health Centers and the Hospital Survey and Construction Act. *Am J Public Health*. 1948;38:1653-1656.
25. Hunt C. Ellen H. Richards. Boston: Whitcomb & Barrows; 1912.
26. Jiménez M, García S, Ruiz E. La salud intercultural en el contexto rural de Ecuador. *Journal of Rural Health*. 2024;17(3):120-135.
27. Johansen ME. Comparing medical ecology, utilization, and expenditures. *Ann Fam Med*. 2017;15(4):313-321.
28. Kohn R, White K. Health care: An international study. Oxford University Press; 1976.
29. Koos EL. The health of Regionville. Columbia University Press; 1954.
30. Lasheras I, Gracia-García P, Lipnicki D, et al. Prevalence of anxiety in medical students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6603.
31. Lee J, Choi YJ, Ryu DH. The ecology of medical care in Korea. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1423.
32. León J. Determinantes sociales de la salud en poblaciones indígenas. *Políticas Sanitarias Latinoamericanas*. 2022;15(6):75-89.
33. López J, Andrade C. Desafíos en la implementación de la interculturalidad en Ecuador. *Rev Investigación en Salud*. 2023;19(2):62-76.
34. López M. Folklorización y salud intercultural. *Salud y Sociedad*. 2023;29(2):144-159.
35. Martínez L. Discriminación y salud en pueblos indígenas de Ecuador. *Rev Ecuatoriana de Salud Pública*. 2021;11(4):128-136.
36. Martínez R. Salud y cultura: diversidad en la visión de la enfermedad. Quito: Editorial Universitaria; 2019.
37. Mendoza R. Salud mapuche: espiritualidad y equilibrio. *Rev Cultura Indígena*. 2020;9(3):40-47.
38. Menéndez EL. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. *Cuad Médico Sociales*. 1982;59:3-18.
39. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9-32.
40. Menéndez EL. Las enfermedades ¿son solo padecimientos? *Salud Colectiva*. 2015;11(3):301-330.
41. Menéndez EL. De saberes médicos tradicionales. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2018.
42. Menéndez EL. De los usos pragmáticos de la medicina tradicional. *Salud Colectiva*. 2022;18:e4051.



43. Menéndez EL. Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional. Salud Colectiva. 2022;18:e4225.
44. Ministerio de Salud Pública de Chile. Política de atención primaria de salud intercultural. Santiago: MSP; 2020.
45. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Estadísticas de salud de la población indígena. Quito: MSP; 2021.
46. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Intercultural. Quito: MSP; 2020.
47. NIMH. El cuidado de su salud mental. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov>
48. OPS. Política de salud intercultural. Washington, D.C.: OPS; 2017.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con este estudio y que todos los procedimientos seguidos cumplen con los estándares éticos establecidos por la revista. Asimismo, confirman que este trabajo es inédito y no ha sido publicado, ni parcial ni totalmente, en ninguna otra publicación.

Financiación: Los autores declaran que este estudio no recibió ningún tipo de financiación externa por parte de agencias públicas, privadas, ni de organizaciones sin ánimo de lucro. Todas las actividades de investigación, análisis y desarrollo fueron realizadas con recursos propios.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA:

Nombres de autores e iniciales: María Fernanda Espinoza Espinoza (MFEE)

1. Conceptualización: (MFEE)
2. Curación de datos: (MFEE)
3. Análisis formal: (MFEE)
4. Adquisición de fondos: (MFEE)
5. Investigación: (MFEE)
6. Metodología: (MFEE)
7. Administración del proyecto: (MFEE)
8. Recursos: (MFEE)
9. Software: (MFEE)
10. Supervisión: (MFEE)
11. Validación: (MFEE)
12. Visualización: (MFEE)
13. Redacción – borrador original: (MFEE)
14. Redacción – revisión y edición: (MFEE)