

Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche

MANUEL S. ORTIZ^{1,2,a,b}, MARÍA JOSÉ BAEZA-RIVERA^{1,3,a,b},
NATALIA SALINAS-OÑATE^{1,4,a,b}, PATRICIA FLYNN^{5,a,b,c},
HÉCTOR BETANCOURT^{1,5,a,b}

Healthcare mistreatment attributed to discrimination among mapuche patients and discontinuation of diabetes care

Background: The negative impact of perceived discrimination on health outcomes is well established. However, less attention has been directed towards understanding the effect of perceived discrimination on health behaviors relevant for the treatment of diabetes in ethnic minorities. **Aim:** To examine the effects of healthcare mistreatment attributed to discrimination on the continuity of Type 2 Diabetes (DM2) care among mapuche patients in a southern region of Chile. **Material and Methods:** A non-probabilistic sample of 85 mapuche DM2 patients were recruited from public and private health systems. Eligibility criteria included having experienced at least one incident of interpersonal healthcare mistreatment. All participants answered an instrument designed to measure healthcare mistreatment and continuity of diabetes care. **Results:** Healthcare mistreatment attributed to ethnic discrimination was associated with the discontinuation of diabetes care. **Conclusions:** Healthcare mistreatment attributed to discrimination negatively impacted the continuity of diabetes care, a fact which may provide a better understanding of health disparities in ethnic minorities.

(Rev Med Chile 2016; 144: 1270-1276)

Key words: Delivery of Health Care; Diabetes Mellitus, Type 2; Ethnic Groups; Healthcare Disparities; Health Care Surveys; Racism.

¹Departamento de Psicología, Facultad de Educación, Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

²Laboratorio de Estrés y Salud. Doctorado en Psicología, Facultad de Educación, Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

³Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, Carrera de Psicología, Universidad Autónoma de Chile, Temuco, Chile.

⁴Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad Católica de Temuco, Chile.

⁵Culture and Behavior Laboratory, Loma Linda University, USA.

^aPsicólogo.

^bPhD.

^cMPH.

Esta investigación fue financiada por CONICYT (Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, Gobierno de Chile), Proyecto FONDECYT N° 1090660 cuyo investigador principal fue el Dr. H. Betancourt.

Recibido el 11 de julio de 2016, aceptado el 6 de septiembre de 2016.

Correspondencia a:

Manuel S. Ortiz.

Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera.

Montevideo 0830, Temuco, Chile.

manuel.ortiz@ufrontera.cl

La percepción de discriminación en salud, entendida como la medida en que los prejuicios, actitudes o creencias estereotipadas de los proveedores de salud dan como resultado un trato injusto y desventajas sistemáticas a los miembros de un grupo en particular¹ se asocia con peores resultados en salud²⁻⁴. Asimismo, tiene consecuencias negativas para quien es objeto de discriminación, asociándose ésta con un peor estado de salud física y mental⁵⁻⁷ y disminución en las conductas de autocuidado^{3,8}. Específicamente,

personas que son discriminadas en salud se caracterizan por una menor búsqueda de atención y mantención del nivel de salud recomendado⁹, escasa voluntad para utilizar los servicios médicos¹⁰ y peor adherencia a los tratamientos¹¹⁻¹³. En pacientes diabéticos, la percepción de discriminación se asocia con más síntomas de la diabetes, peor control metabólico y menor práctica de exámenes de HbA1c⁵, menos visitas al médico¹⁴ y mayor abandono del tratamiento¹⁵⁻¹⁷.

Personas que son víctimas de discriminación

atribuyen este fenómeno a diferentes causas, entre ellas, a su etnia, nivel socioeconómico, género y/o orientación sexual¹⁸⁻²⁰. Más aún, padecer una enfermedad crónica, como la diabetes, se asocia con mayor percepción de discriminación y estigmatización asociada a tal enfermedad²¹. En el caso de personas mapuches, ellas tienen mayor probabilidad de ser discriminadas en salud, debido a su etnia y a que en su mayoría se concentran en los niveles educacionales y socioeconómicos más bajos²²⁻²⁴. Los escasos estudios disponibles en la literatura chilena confirman esta idea, reportándose que 82% de los adultos mapuches se sienten despreciados y tratados como inferiores producto de su etnia²². Más aún, en el contexto de salud, los usuarios mapuches reconocen que la discriminación en éste ámbito es uno de los grandes problemas de la atención en los servicios de salud en la Región de La Araucanía²⁵.

Considerando que la población de diabéticos mapuches es objeto frecuente de discriminación en salud, es interesante preguntarse si atribuirla a causas tales como la etnia y el nivel socioeconómico se asocia con la adherencia al tratamiento de la DM2, entendida ésta como la continuidad/discontinuidad del tratamiento.

Para responder a esta pregunta, este estudio utiliza el modelo Integrador de Betancourt²⁶⁻²⁸, el cual es adecuado para investigar las conductas en salud multicultural, puesto que permite comprender la forma en que se interrelacionan las variables demográficas, los factores culturales y los procesos psicológicos con las conductas de salud. Aún cuando este modelo propone las relaciones antes mencionadas, en la presente investigación éste fue adaptado para investigar el efecto que tiene en la discontinuidad del cuidado de la diabetes, atribuir un encuentro clínico negativo a discriminación por etnia o nivel socioeconómico, entendiendo la discontinuidad como la intención de postergar un encuentro clínico futuro o preferir cambiar al médico tratante (Figura 1).

Material y Método

Participantes

Ochenta y cinco sujetos diabéticos Tipo 2 fueron seleccionados por medio de un muestreo intencionado. Los participantes, quienes eran parte de un programa de investigación que incluía una serie de estudios relacionados con factores culturales y psicológicos relevantes al control de

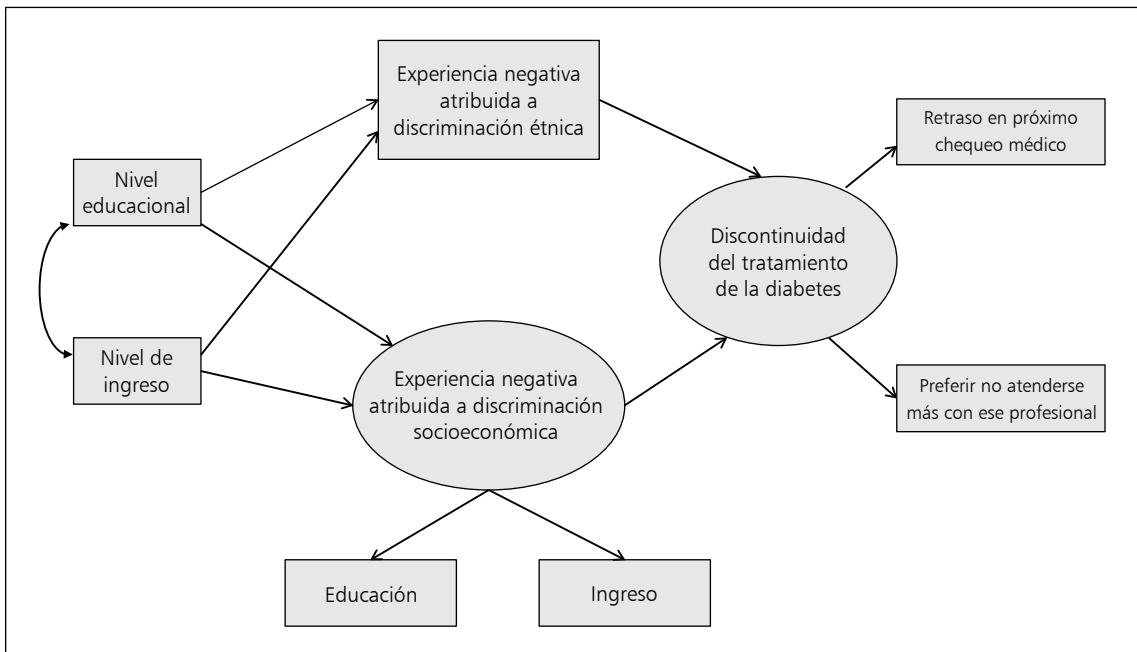


Figura 1. Modelo teórico hipotetizado.

la DM2, cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: a) ser mayor de edad; b) tener diagnóstico de DM2 de por lo menos un año; c) usar fármacos prescritos; d) reportar al menos un encuentro clínico negativo con un profesional de la salud, en la Escala de Experiencias Interpersonales Negativas en Salud²⁹. Se excluyeron participantes con diagnóstico de DM1. El promedio de edad de los participantes fue 59 años (SD = 13,09 años), siendo 70% mujeres. Un 79% de la muestra reportó tener un ingreso económico mensual menor o igual a 150 mil pesos chilenos.

Instrumentos

Ingresos y educación: Los participantes informaron sus ingresos económicos familiares mensuales y su nivel educacional en años de estudios.

Maltrato en servicios de salud: Se utilizó una versión abreviada de 7 ítems de la escala *Perceptions of Interpersonal Health Care Mistreatment*²⁹, la cual presenta aseveraciones que describen encuentros negativos con profesionales de la salud como por ejemplo “*el doctor/a no me dio suficiente información*”. Ante cada uno de estos reactivos los participantes debían seleccionar sólo aquellas situaciones que habían experimentado. De esta manera, si marcaban al menos una de ellas, se consideraba que cumplían con este criterio de inclusión para enrolarse en el estudio.

Atribuciones causales de discriminación en salud: Se utilizó la versión abreviada de 3 ítems de la escala *Causal Attributions for Health Care Mistreatment*²⁹ en la cual los participantes deben indicar la medida en que atribuyen el encuentro negativo en salud, a factores tales como su nivel educacional, nivel de ingreso y/o a su origen étnico. El formato de respuesta de estos ítems es de tipo Likert de 7 puntos (1 = “*muy en desacuerdo*” a 7 = “*totalmente de acuerdo*”). En este estudio, la medidad de consistencia interna fue de 0,81.

Discontinuidad del cuidado de la diabetes: Se evaluó a través de dos ítems adaptados, pertenecientes a la escala *Continuity of Cancer Screening Care*²⁹, cuyo formato de respuesta es tipo Likert de 7 puntos (1 = “*muy en desacuerdo*” a 7 = “*totalmente de acuerdo*”), en los que los participantes deben indicar el grado de acuerdo con las siguientes conductas llevadas a cabo como consecuencia

de percibir un trato discriminatorio: “*Postergó o se demoró más en ir a la próxima consulta*” y “*Prefería no atenderse más con ese doctor/a*”. El alpha de Cronbach fue igual a 0,64, valor aceptable, considerando que éste fue estimado con 2 ítems.

Procedimiento

Los participantes fueron contactados por los asistentes de investigación del proyecto, estudiantes de Postgrado de Psicología de la Universidad de La Frontera, quienes informaron los objetivos del estudio, voluntariedad, anonimato y confidencialidad de la información recolectada, así como también en qué consistiría la participación en el estudio. Todos quienes aceptaron enrolarse en el estudio firmaron un consentimiento informado y posteriormente respondieron los cuestionarios en forma escrita. A cada participante se le practicó un examen capilar de hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), cuyos resultados fueron entregados a los participantes, junto con \$5 mil pesos chilenos, como retribución por la participación.

Este procedimiento se ajusta a las normas éticas de la Declaración de Helsinki y a los principios éticos de la *American Psychological Association*. Este protocolo fue aprobado por el Servicio de Salud Araucanía Sur.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el software EQS 6.1³⁰, basado en el análisis de ecuaciones estructurales y el método de estimación de máxima verosimilitud. Este análisis multivariado estudia relaciones complejas entre múltiples variables, algunas de las cuales son medidas u observadas directamente (ej. indicadores) y otras no medidas directamente pero que explican la varianza común entre los indicadores (ej. factores latentes).

Esta técnica es similar al análisis de regresión múltiple pero más potente, pues permite examinar la relación causal entre diversos factores latentes y variables, de modo simultáneo, controlando el error de medición³¹. En este análisis se evalúa la bondad de ajuste del modelo teórico a los datos, para posteriormente examinar cargas factoriales y coeficientes de regresión. En consecuencia, se utilizaron los siguientes indicadores de bondad de ajuste: chi-cuadrado (χ^2) no significativo, una proporción menor a 2 de χ^2/df , el *Comparative Fit Index* (CFI > a 0,95), el RMSEA (< a 0,08) y el SRMR (< a 0,05)³².

Resultados

En primer lugar, es importante reportar que el evento clínico negativo más frecuentemente reportado por los participantes fue que el profesional realizaba el examen físico apresuradamente (41%), seguido por no proporcionar información suficiente (35%), y no explicar los resultados de los exámenes (32%).

El análisis del modelo causal basado en las relaciones propuestas en las hipótesis resultó en un óptimo ajuste de los datos. Los indicadores de bondad de ajuste del modelo son excelentes [CFI = 1,00, $\chi^2_{(9)} = 8,40$, $p = 0,49$, $\chi^2/df = 0,93$, SRMR = 0,03, RMSEA = 0,00, 90% CI (0,00; 0,12)] (Figura 2) y la varianza explicada es 37%.

En relación a las hipótesis, se ha encontrado evidencia sobre la relación entre el proceso psicológico atribucional y la discontinuidad del tratamiento. Tal como se observa en la Figura 2, los participantes mapuches que más atribuyen un encuentro clínico negativo a discriminación por nivel socioeconómico presentan mayor discontinuidad del tratamiento ($\beta = 0,42$, $p < 0,01$). Similarmente, existe una relación marginalmente

significativa entre la atribución de discriminación por etnia y la adherencia al tratamiento ($\beta = 0,25$, $p = 0,07$), sugiriendo que mientras más se atribuya la experiencia clínica negativa a discriminación étnica, mayores es la discontinuidad del tratamiento.

En adición a estos resultados, se ha encontrado que el nivel de ingresos y el nivel educacional no se relacionan directamente con la discontinuidad del tratamiento, sin embargo, si se observa una relación inversa estadísticamente significativa entre nivel educacional y la atribución de discriminación por etnia ($\beta = -0,27$, $p < 0,05$), es decir, mientras menor es el nivel educacional del paciente, la experiencia clínica negativa es mayormente atribuida a su pertenencia a la etnia mapuche. Asimismo, aunque la asociación fue marginalmente significativa, se observó que participantes mapuches de menor nivel educacional, atribuyen el encuentro negativo en salud, mayormente a su bajo nivel socioeconómico ($\beta = -0,22$, $p = 0,07$). En cuanto al nivel de ingreso, se observa un patrón similar en el cual a menor nivel de ingresos, la experiencia negativa en salud tiende a ser mayormente atribuida a discriminación étnica ($\beta = -0,31$, $p < 0,05$) y discriminación socioeconómica ($\beta = -0,24$, $p < 0,05$).

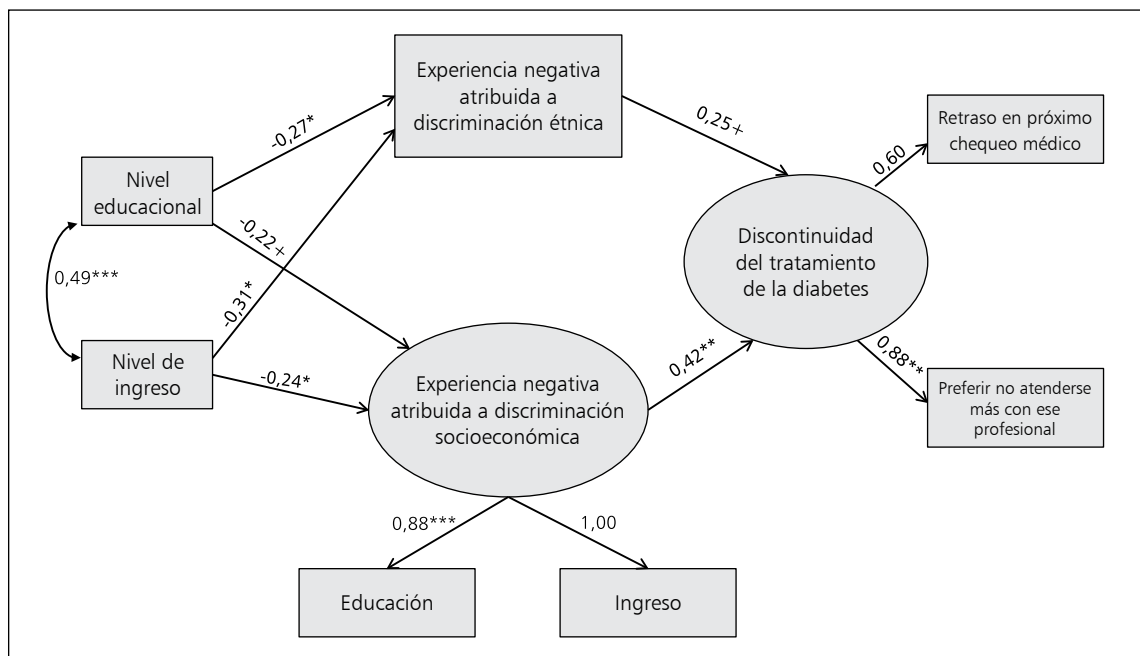


Figura 2. Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. CFI = 1,00, $\chi^2(9, n = 80) = 8,40$, $p = .49$, $\chi^2/df = .93$, SRMR = .03, RMSEA = 0,00; 90% CI (0,00; 0,12) + $p < 0,07$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue examinar el efecto que tiene en la discontinuidad del tratamiento de la DM2 de pacientes mapuches, atribuir un encuentro clínico negativo a etnia y nivel socioeconómico.

En relación al proceso atribucional, es importante señalar que las personas buscan explicaciones causales tanto de su conducta como la de otros. La literatura disponible sugiere que quienes son objeto de discriminación, frecuentemente tienden a experimentar ambigüedad en su proceso atribucional, es decir, incertidumbre acerca de que tal discriminación sea producto de los prejuicios que otras personas tienen hacia los integrantes de su grupo de pertenencia³³. Por ejemplo, personas Afroamericanas reportan experimentar eventos asociados a ambigüedad atribucional tales como peores servicios o malos tratos interpersonales³⁴. En el caso de los mapuches, ellos se sienten despreciados y a tratados inferiormente, producto de su pertenencia étnica²². En línea con estos antecedentes, en este estudio se ha encontrado evidencia que indica que pacientes mapuches DM2 que reportan algún encuentro clínico negativo en salud, lo atribuyen a su pertenencia étnica y a su nivel socioeconómico. Más aún, se ha encontrado que mientras menor es el nivel educacional y el nivel de ingresos, el encuentro clínico negativo es mayormente atribuido a la etnia y al nivel socioeconómico.

El resultado anteriormente discutido revela que pacientes mapuches experimentan múltiples episodios de discriminación, lo cual es consistente con la Teoría del Estrés de las Minorías³⁵, que sugiere que miembros de grupos étnicos minoritarios, experimentan estresores específicos (ej. discriminación por su etnia), lo cual se suma a otros estresores (ej. bajo nivel socioeconómico), lo cual puede generar grandes desigualdades en salud.

Otro resultado interesante de este estudio es que pacientes mapuches que atribuyen una experiencia negativa en salud a su etnia o nivel socioeconómico, tienden a discontinuar el tratamiento, ya sea retrasando la próxima consulta en salud o prefiriendo no atenderse más con el profesional con quien se tuvo la experiencia clínica negativa. Este resultado es consistente con otros hallazgos obtenidos en estudios previos que han utilizado el modelo integrador de Betancourt, en los cuales los

procesos psicológicos (ej. atribución) muestran un efecto directo sobre diversos resultados en salud estudiados²⁶, tales como conductas de *screening* para cáncer de mama^{27,29,36}, cáncer cervicouterino²⁸, y adherencia a la dieta en población con DM2³⁷.

Lo anterior, contribuye a generar desigualdades en salud, por cuanto, las consecuencias negativas que tiene atribuir el encuentro clínico negativo a la etnia y al nivel socioeconómico pueden significar un aumento considerable de las probabilidades de que el paciente discontinúe o abandone su tratamiento, lo cual a su vez puede repercutir en un mayor riesgo de padecer complicaciones micro y macro vasculares asociadas a un mal cuidado de la diabetes, disminución en la calidad de vida del paciente y su familia, pérdida de productividad del paciente, y aumento de los costos para el Estado por tratamientos no bien utilizados.

Estos resultados son particularmente importantes, si se considera que una buena relación médico-paciente es un muy buen predictor de la continuidad de las atenciones en salud. Por ejemplo, con población Latina que vive en Estados Unidos, se ha demostrado que mujeres que perciben mayor empatía por parte del profesional de la salud, tienen mayor motivación para realizarse los exámenes preventivos para el cáncer de mama^{36,38}.

Este trabajo tiene limitaciones. Una de ellas es el tamaño muestral, que si bien fue suficiente para realizar los análisis, pudo subestimar el nivel de significancia de las relaciones estadísticas encontradas. Por otra parte, haber utilizado una versión abreviada del instrumento para identificar encuentros clínicos negativos, pudo haber excluido otras experiencias negativas vividas por alguno de los sujetos, lo que en consecuencia pudo haber impedido enrolos en el estudio.

Las limitantes anteriormente descritas deben ser consideradas en futuros estudios, así como la posibilidad de incluir otros indicadores o proxies de adherencia a los tratamientos (ej. marcadores biológicos como hemoglobina glicosilada), o el explorar lo que ocurre con los mapuches de niveles socioeconómicos más altos.

A modo de síntesis, este estudio contribuye a una mejor comprensión de las desigualdades en salud, entendiendo el papel que juegan los procesos psicológicos de los pacientes en relación a las experiencias vividas con los profesionales de la salud en el contexto de su tratamiento. Por otra

parte, contribuye a proveer evidencia respecto de los factores asociados a la continuidad/discontinuidad del tratamiento de una enfermedad altamente prevalente en nuestro país, y para la cual se ha puesto en marcha un andamiaje que permite el acceso gratuito al tratamiento, sin que ello esté siendo suficiente para combatirla.

Considerando lo anterior, enfocarse en la interacción entre el profesional de la salud con pacientes culturalmente diversos como son las personas mapuches, es un punto esencial para mejorar la adherencia a los tratamientos y contribuir a reducir las desigualdades en salud. Estudiar las percepciones de trato discriminatorio en los pacientes, independientemente de si hay intención de parte del profesional, es importante ya que los procesos psicológicos y conductuales asociados a esta percepción trae consigo consecuencias tan negativas como la discontinuidad del tratamiento y las actividades críticas para el control de la enfermedad y sus consecuencias.

“La no discriminación es un compromiso que no debe dejar de cumplir el médico bajo cualquier condición que pueda diferenciar a un ser humano en la atención de su salud. Debe respetar los límites de sus obligaciones asistiendo a todos por igual, sin tener en cuenta si son ricos o pobres, cristianos, hebreos o musulmanes, mujer u hombre, niño, adulto o anciano”^{39,p.805}.

Referencias

1. Regts G. Discrimination-based attributions for mistreatment and continuity of care. Loma Linda University Electronic Theses & Dissertations. 2013.
2. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006; 35 (4): 888-901.
3. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009; 135 (4): 531-54.
4. Smart Richman L, Pascoe E, Pek J, Bauer DJ. The effects of perceived discrimination on ambulatory blood pressure and affective responses to interpersonal stress modeled over 24 hours. *Heal Psychol* 2010; 29 (4): 403-11.
5. Piette JD, Bibbins-Domingo K, Schillinger D. Health care discrimination, processes of care, and diabetes patients' health status. *Patient Educ Couns* 2006; 60 (1): 41-8.
6. Williams DR, Harold W, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health* 2003; 93: 200-8.
7. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *J Behav Med* 2009; 32 (1): 20-47.
8. Ryan AM, Gee GC, Griffith D. The effects of perceived discrimination on diabetes management. *J Health Care Poor Underserved* 2008; 19 (1): 149-63.
9. Crawley LM, Ahn DK, Winkleby MA. Perceived medical discrimination and cancer screening behaviors of racial and ethnic minority adults. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 17 (8): 1937-44.
10. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Health Care. 2003. 782 p. Available from: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=030908265X>
11. Agency for Healthcare Research and Quality. Diabetes disparities among racial and ethnic minorities. (AHRQ Pub. no. 02-P007.) Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. 2001.
12. Blanchard J, Lurie N. R-E-S-P-E-C-T: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *J Fam Pract* 2004; 53 (9): 721-30.
13. Moody-Ayers SY, Stewart AL, Covinsky KE, Inouye SK. Prevalence and correlates of perceived societal racism in older African-American adults with type 2 diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53 (12): 2202-8.
14. Peek ME. Gender differences in diabetes-related lower extremity amputations. In: *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2011. p. 1951-5.
15. Sequist TD, Cullen T, Bernard K, Shaykevich S, Orav EJ, Ayanian JZ. Trends in quality of care and barriers to improvement in the Indian Health Service. *J Gen Intern Med* 2011; 26 (5): 480-6.
16. Casagrande SS, Gary TL, Laveist TA, Gaskin DJ, Cooper LA. Perceived discrimination and adherence to medical care in a racially integrated community. *J Gen Intern Med* 2007; 22 (3): 389-95.
17. Shavers VL, Klein WMP, Fagan P. Research on Race/Ethnicity and Health Care Discrimination : Where We Are and Where We Need to Go. *Am J Public Health* 2012; 102 (5): 930-2.
18. Fries K. *Staring Back: The Disability Experience from the Inside Out*. New York: Plume; 1997.
19. Mouzon DM, Taylor RJ, Woodward AT, Chatters LM. Everyday Racial Discrimination, Everyday Non-Racial Discrimination, and Physical Health Among African-Americans. *J Ethn Cult Divers Soc Work* 2016; 1-13.

20. Remedios JD, Snyder SH, Lizza CA. Perceptions of women of color who claim compound discrimination: Interpersonal judgments and perceived credibility. *Gr Process Intergr Relations*. 2015;1368430215591041 - . Available from: <http://gpi.sagepub.com/content/early/2015/07/07/1368430215591041.abstract>
21. Brown Johnson CG, Brodsky JL, Cataldo JK. Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *J Psychosoc Oncol* 2014; 32 (1): 59-73.
22. Cantoni W. Relaciones del mapuche con la sociedad nacional chilena. In: UNESCO, editor. *Raza y Clase en la Sociedad Postcolonial*. Madrid: UNESCO; 1978. p. 227-334.
23. Otzen T, Betancourt H, González-Plitt ME, Martella D. Fatalismo, atribuciones del fracaso, y rendimiento académico en estudiantes chilenos mapuche y no-mapuche. *An Psicol* 2016; 32 (2): 341-8.
24. Quilaqueo D, Merino ME, Saiz JL. Representación social mapuche e imaginario social no mapuche de la discriminación percibida. *Rev Atenea* 2007; 496: 81-103.
25. Alarcón MAM, Astudillo DP, Barrios CS, Rivas RE. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev Med Chile* 2004; 132 (9): 1109-14.
26. Betancourt H, Flynn PM. The psychology of health: physical health and the role of culture in behavior. In: Villarruel F, Carlo G, Contreras Grau J, editors. *Handbook of US Latino Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.; 2009. p. 347-61.
27. Betancourt H, Flynn PM, Ormseth SR. Healthcare mistreatment and continuity of cancer screening among Latino and Anglo American women in southern California. *Women Health* 2011; 51 (1): 1-24.
28. Betancourt H, Flynn PM, Riggs M, Garberoglio C. A cultural research approach to instrument development: The case of breast and cervical cancer screening among Latino and Anglo women. *Health Educ Res* 2010; 25 (6): 991-1007.
29. Flynn PM, Betancourt H, Garberoglio C, Regts GJ, Kinworthy KM, Northington DJ. Attributions and Emotions Regarding Health Care Mistreatment Impact Continuity of Care Among Latino and Anglo American Women. *Cult Divers Ethn Minor Psychol* 2015; 21 (4): 593-603.
30. Bentler PM. EQS 6 structural equations program manual [Internet]. Los Angeles: BMDP Statistic Software. 2006. 442 p. Available from: <http://www.econ.upf.edu/~satorra/CourseSEMVVienna2010/EQSManual.pdf>
31. Beran TN, Violato C. Structural equation modeling in medical research: a primer. *BMC Res Notes* 2010; 3: 267.
32. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model A Multidiscip J* 1999; 6 (1): 1-55.
33. Outten HR, Giguere B, Schmitt MT, Lalonde RN. Racial Identity, Racial Context, and Ingroup Status: Implications for Attributions to Discrimination Among Black Canadians. *J Black Psychol* 2010; 36: 172-96.
34. Swim JK, Hyers LL, Cohen LL, Fitzgerald DC, Bylsma WH. African American college students' experiences with everyday racism: Characteristics of and responses to these incidents. *J Black Psychol* 2003; 29 (1): 38-67.
35. Meyer IH. Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *J Health Soc Behav* 1995; 36 (1): 38.
36. Amador JA, Flynn PM, Betancourt H. Cultural beliefs about health professionals and perceived empathy influence continuity of cancer screening following a negative encounter. *J Behav Med* 2015; 38 (5): 798-808.
37. Herbozo S, Flynn PM, Stevens S, Betancourt H. Indigenous and Non-Indigenous Chileans with Type 2 Diabetes. *Int J Behav Med* 2015; 22 (6): 792-8.
38. Amador, J. Perceived empathy and continuity of cancer screening care among Latino and Anglo women. Loma Linda University Electronic Theses & Dissertations. 2014.
39. Pérez ML, Gelpi RJ, Rancich AM. Discriminación en la atención médica: Una mirada a través de los juramentos médicos. *Rev Med Chile* 2003; 131: 799-807.