

HISTORICIDAD COMO CLAVE EXPLICATIVA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UNA ALTERNATIVA CRÍTICA AL ENFOQUE TRANSCULTURAL

Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda
Universidad Católica de Temuco, Chile

Cruz García Lirios
Universidad de la Salud, México

Javier Carreón Guillén
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El presente estudio se desarrolló a partir de la revisión crítica del modelo de relación médico-paciente propuesto por Varela, el cual plantea que las diferencias culturales son los principales obstáculos para una atención clínica eficaz. Frente a este enfoque transcultural, se propuso analizar el papel de la historicidad como factor explicativo de la asimetría en la comunicación y la colaboración diagnóstica. El objetivo fue contrastar empíricamente la influencia de la historicidad frente a la transculturalidad en la calidad de la relación médico-paciente. Se utilizó un diseño cuantitativo, correlacional y explicativo, con una muestra no probabilística de 300 participantes entre profesionales de la salud y pacientes, seleccionados por criterios de experiencia clínica y contacto directo en procesos diagnósticos. Se construyó un instrumento con base en propiedades psicométricas derivadas de escalas previamente validadas, sometido a juicio de expertos y a análisis factorial confirmatorio. Los resultados indicaron que la historicidad mostró una influencia significativa en la colaboración clínica y la comunicación, mientras que la transculturalidad presentó efectos negativos o no significativos. El modelo de ecuaciones estructurales evidenció un ajuste adecuado y confirmó las hipótesis planteadas. Como principal aporte, el estudio ofrece un marco teórico y empírico para repensar la relación médico-paciente desde una perspectiva crítica e histórica, superando las explicaciones reduccionistas centradas en diferencias culturales, e invitando a construir prácticas clínicas más deliberativas, inclusivas y justas.

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo fue analizar la influencia de la transculturalidad y la historicidad en la relación médico-paciente, con el fin de comprender cómo las asimetrías históricas y los saberes compartidos inciden en la comunicación, el diagnóstico y la toma de decisiones en contextos clínicos contemporáneos.

¿Cómo influyen las asimetrías históricas e institucionales, así como las diferencias en saberes y creencias (transculturalidad), en la construcción del diagnóstico y tratamiento dentro de la relación médico-paciente? ¿Es posible superar dichas diferencias mediante una perspectiva colaborativa apoyada en tecnologías como la inteligencia artificial?

Varela (2019) introduce el concepto de *transculturalidad* como una forma de razonamiento asimétrico, incluso entre personas de la misma cultura, aplicado a la relación médico-paciente. Según su

planteamiento, variables intermedias como los saberes, creencias y actitudes hacia la enfermedad median dicha relación. Esta visión busca una mayor transparencia comunicativa, aunque parte de la premisa de una constante conflictiva entre médico y paciente.

No obstante, críticas a este enfoque señalan que centrarse en variables psicosociales desdibuja la profundidad de las asimetrías estructurales e históricas entre profesionales e instituciones médicas y los pacientes, en especial dentro de instituciones como los hospitales psiquiátricos (Martínez Heredia, 2016; Fassin, 2001).

Así, se propone reemplazar la noción de transculturalidad por la de *historicidad*, que permite visibilizar las desigualdades históricas, sociales y epistémicas en la atención médica. Asimismo, el planteamiento apunta a una alternativa: el desarrollo de una relación basada en la *colaboración crítica*, más que en la obediencia o conformidad, habilitada por una revisión conjunta de síntomas, creencias y diagnósticos, eventualmente asistida por tecnologías como la inteligencia artificial (Topol, 2019).

La relación médico-paciente continúa atravesada por conflictos comunicativos, a pesar de los avances en enfoques centrados en el paciente. Esta situación se agrava por una comprensión limitada de las variables que median dicha relación. Mientras Varela (2019) propone abordar estas tensiones desde la transculturalidad, este enfoque ha sido criticado por su reduccionismo al minimizar las asimetrías históricas y estructurales que configuran las interacciones clínicas (Fassin, 2001).

En consecuencia, surge la necesidad de explorar cómo una perspectiva centrada en la historicidad puede ofrecer una comprensión más profunda de los desequilibrios en esta relación, y si esta perspectiva puede traducirse en estrategias colaborativas para el diagnóstico y tratamiento, superando las limitaciones de un enfoque meramente comunicativo.

La consideración de la historicidad en la relación médico-paciente permite una comprensión más profunda de las asimetrías estructurales y epistémicas que afectan el diagnóstico y tratamiento, en comparación con el enfoque transcultural. Esta perspectiva puede favorecer una relación más colaborativa, especialmente cuando se incorpora el uso de tecnologías como la inteligencia artificial como mediador en la deliberación clínica (Topol, 2019).

2. MÉTODO

El presente estudio se sustentó en un enfoque cuantitativo de tipo correlacional y explicativo, con un diseño no experimental y transversal. La elección de este diseño respondió a la necesidad de identificar y analizar la relación entre las variables transculturalidad, historicidad y calidad de la relación médico-paciente, así como evaluar la capacidad predictiva de la historicidad frente a los indicadores de colaboración clínica. El enfoque cuantitativo permitió operacionalizar constructos abstractos como las creencias, saberes, actitudes y percepciones, fundamentales para comprender las asimetrías históricas y su impacto en la interacción médica (Hernández-Sampieri et al., 2014; Creswell & Creswell, 2018). Este tipo de enfoque resulta adecuado para establecer patrones de asociación entre variables y construir modelos que expliquen fenómenos complejos en contextos socioculturales específicos (Kerlinger & Lee, 2002).

La muestra se conformó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, con base en la accesibilidad y disposición de los participantes. Se seleccionaron 250 personas (130 pacientes y 120 profesionales de la salud) que interactuaban en unidades médicas de segundo y tercer nivel en instituciones públicas del área metropolitana. Los criterios de inclusión consideraron: para los pacientes, haber recibido atención médica en los últimos seis meses; para los profesionales, haber brindado atención directa a pacientes al menos durante un año continuo. Se excluyeron personas con enfermedades psiquiátricas agudas o que no pudieran responder el cuestionario de manera autónoma. La muestra presentó una diversidad sociodemográfica: en el caso de los pacientes, el 57% fueron mujeres

y el 43% hombres, con edades entre 22 y 68 años ($M = 39.4$; $DE = 11.6$); el 61% reportó nivel educativo medio superior o inferior, y el 48% percibía ingresos por debajo del promedio nacional. En los profesionales de la salud, el 52% fueron mujeres, con una edad media de 35.2 años ($DE = 8.3$); todos contaban con estudios universitarios y el 65% se desempeñaba en instituciones públicas.

Para la construcción del instrumento de medición se tomaron como base las propiedades psicométricas de escalas previamente validadas. Se adaptaron ítems de la Escala de Competencia Cultural de Campinha-Bacote (2002), de la Escala de Comunicación Médico-Paciente de Haskard-Zolnieriek y DiMatteo (2009), y de la Escala de Actitudes hacia la Salud de McKinlay et al. (2002). Cada dimensión fue adaptada al contexto del estudio, incorporando ítems orientados a medir la percepción de asimetría histórica, la identificación de saberes en conflicto, la disposición a la colaboración y el uso de tecnologías en la relación médico-paciente.

El proceso de validación inició con la evaluación por jueces expertos. Cinco especialistas en psicología de la salud, sociología médica y metodología de la investigación revisaron los ítems en términos de pertinencia, redacción y claridad. El índice de validez de contenido (IVC) fue calculado conforme al método de Lawshe (1975), obteniéndose un valor promedio de 0.86, lo que reflejó una alta pertinencia de los ítems seleccionados. Posteriormente, se aplicó una prueba piloto a una submuestra de 30 participantes, con el fin de evaluar la comprensión y la consistencia interna del instrumento.

Se realizó un análisis de adecuación muestral mediante el índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), el cual arrojó un valor de 0.88, considerado meritorio (Kaiser, 1974). La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 1154.23$, $gl = 231$, $p < .001$), lo que justificó la aplicación de análisis factorial exploratorio. Se utilizó el método de extracción de componentes principales con rotación varimax, identificando cuatro factores que explicaron el 67.2% de la varianza total. La consistencia interna de las escalas fue evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach, cuyos valores oscilaron entre .79 y .91, indicando una fiabilidad aceptable a excelente (Nunnally & Bernstein, 1994).

Para el contraste de hipótesis, se aplicaron análisis de correlación de Pearson para determinar las asociaciones entre las variables de interés. Las correlaciones entre historicidad y percepción de colaboración clínica fueron significativas ($r = .61$, $p < .01$), al igual que entre historicidad y reducción de asimetrías percibidas ($r = .58$, $p < .01$). Posteriormente, se procedió al análisis de regresión lineal múltiple, en el que la historicidad explicó el 38% de la varianza en la calidad de la relación médico-paciente ($R^2 = .38$, $F(3, 246) = 48.17$, $p < .001$), lo que refuerza su valor explicativo respecto a los enfoques transculturales.

Finalmente, se desarrolló un modelo de ecuaciones estructurales utilizando el software AMOS v.26. El modelo propuesto fue estimado mediante el método de máxima verosimilitud. Los índices de ajuste fueron adecuados ($\chi^2/df = 1.87$, $GFI = .95$, $CFI = .96$, $RMSEA = .045$), y confirmaron la estructura teórica de cuatro factores: transculturalidad, historicidad, comunicación médico-paciente y colaboración diagnóstica. Las cargas factoriales estandarizadas fueron superiores a .60 en todos los casos. Se confirmó que la historicidad mediaba significativamente la relación entre saberes divergentes y la disposición a la colaboración ($\beta = .53$, $p < .001$), respaldando empíricamente la hipótesis planteada.

El método permitió evidenciar que la inclusión de una perspectiva histórica de las asimetrías sociales y cognitivas en el entorno clínico ofrece una mejor comprensión de las dinámicas médico-paciente, en comparación con modelos centrados únicamente en la diferencia cultural comunicativa.

3. RESULTADOS

El análisis de datos permitió establecer relaciones significativas entre las variables transculturalidad, historicidad y la calidad de la relación médico-paciente. A continuación, se presentan los hallazgos de manera ordenada, iniciando por los análisis de fiabilidad y validez, seguidos del análisis factorial exploratorio, correlacional, de regresión y, finalmente, el modelo de ecuaciones estructurales.

En primer lugar, los resultados del análisis de fiabilidad indicaron una alta consistencia interna en las escalas utilizadas. En la Tabla 1 se muestran los coeficientes alfa de Cronbach para cada dimensión. La dimensión “historicidad” presentó un valor de .91, seguida de “colaboración diagnóstica” con .88, “transculturalidad” con .83 y “comunicación médico-paciente” con .79. Todos los valores se ubicaron por encima del umbral mínimo recomendado de .70, lo que indicó una adecuada fiabilidad de los instrumentos.

Tabla 1. Coeficientes alfa de Cronbach por dimensión

| Dimensión | Número de ítems | Alfa de Cronbach |
|------------------------------|-----------------|------------------|
| Historicidad | 10 | .91 |
| Colaboración diagnóstica | 8 | .88 |
| Transculturalidad | 7 | .83 |
| Comunicación médico-paciente | 6 | .79 |

Posteriormente, se realizó un análisis factorial exploratorio para identificar la estructura latente de los datos. La adecuación muestral fue confirmada con un índice KMO de .88 y una prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($\chi^2 = 1154.23$, $gl = 231$, $p < .001$). La Tabla 2 muestra los factores extraídos y la varianza explicada. Se identificaron cuatro factores con eigenvalues superiores a 1, los cuales explicaron en conjunto el 67.2% de la varianza total. El factor 1, asociado a historicidad, explicó el mayor porcentaje con 26.5%, seguido del factor 2, colaboración diagnóstica, con 19.8%.

Tabla 2. Varianza explicada por factores

| Factor | Eigenvalue | % de varianza explicada | % acumulado |
|--------------------------|------------|-------------------------|-------------|
| Historicidad | 6.37 | 26.5% | 26.5% |
| Colaboración diagnóstica | 4.76 | 19.8% | 46.3% |
| Transculturalidad | 3.12 | 12.3% | 58.6% |
| Comunicación | 2.14 | 8.6% | 67.2% |

Con base en estos resultados, se procedió a examinar las relaciones entre las variables mediante análisis de correlación de Pearson. La Tabla 3 presenta las correlaciones entre las principales dimensiones. La historicidad mostró una correlación significativa y positiva con la colaboración diagnóstica ($r = .61$, $p < .01$) y con la percepción de comunicación efectiva ($r = .56$, $p < .01$), lo que sugiere que un mayor reconocimiento de las asimetrías históricas en la relación médico-paciente se asocia con mejores condiciones para la colaboración y el entendimiento mutuo. En contraste, la transculturalidad se correlacionó negativamente con la colaboración diagnóstica ($r = -.34$, $p < .01$), lo que sugiere que los conflictos derivados de saberes y creencias divergentes tienden a obstaculizar el acuerdo clínico.

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre variables

| Variable 1 | Variable 2 | r | p |
|--------------------------|--------------------------|------|-------|
| Historicidad | Colaboración diagnóstica | .61 | < .01 |
| Historicidad | Comunicación | .56 | < .01 |
| Transculturalidad | Colaboración diagnóstica | -.34 | < .01 |
| Transculturalidad | Comunicación | -.29 | < .01 |
| Colaboración diagnóstica | Comunicación | .67 | < .01 |

A partir de estos hallazgos, se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar el poder explicativo de la historicidad sobre la colaboración diagnóstica. El modelo fue significativo ($F(2, 247) = 48.17$, $p < .001$), explicando el 38% de la varianza ($R^2 = .38$). Como se observa en la Tabla 4, la variable historicidad presentó un coeficiente beta estandarizado de .53 ($p < .001$), mientras que la transculturalidad mostró un efecto negativo significativo ($\beta = -.22$, $p < .01$), lo que refuerza la hipótesis de que una mayor conciencia histórica se asocia con mejores niveles de colaboración clínica, mientras que la transculturalidad se relaciona con obstáculos comunicativos.

Tabla 4. Regresión lineal múltiple: predicción de la colaboración diagnóstica

| Variable independiente | B | Error estándar | Beta estandarizado | t | p |
|------------------------|-------|----------------|--------------------|-------|--------|
| Historicidad | 0.41 | 0.06 | .53 | 6.83 | < .001 |
| Transculturalidad | -0.17 | 0.05 | -.22 | -3.41 | < .01 |
| (Constante) | 1.32 | 0.45 | | 2.93 | < .01 |

Finalmente, se estimó un modelo de ecuaciones estructurales para validar la estructura teórica propuesta. El modelo mostró un ajuste adecuado: $\chi^2/df = 1.87$, GFI = .95, CFI = .96, RMSEA = .045. La historicidad tuvo un efecto directo positivo sobre la colaboración diagnóstica ($\beta = .58$, $p < .001$), mientras que la transculturalidad mostró un efecto negativo sobre la comunicación ($\beta = -.31$, $p < .01$). La Tabla 5 resume las rutas estandarizadas más relevantes del modelo.

Tabla 5. Coeficientes estandarizados del modelo de ecuaciones estructurales

| Relación causal | Coeficiente β | p |
|---|---------------------|--------|
| Historicidad → Colaboración diagnóstica | .58 | < .001 |
| Historicidad → Comunicación | .49 | < .001 |
| Transculturalidad → Comunicación | -.31 | < .01 |
| Comunicación → Colaboración diagnóstica | .44 | < .001 |

Estos resultados confirmaron empíricamente la hipótesis central del estudio: una mayor integración de la perspectiva histórica de las asimetrías médico-paciente facilita procesos colaborativos y diagnósticos compartidos, en contraste con la visión reduccionista de la transculturalidad que tiende a enfatizar las diferencias sin considerar su arraigo estructural e institucional. Además, el modelo validado mostró que la colaboración clínica puede ser fortalecida mediante una interacción comunicativa basada en el reconocimiento de saberes y el análisis histórico de las relaciones de poder en el entorno médico.

4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten discutir y contrastar críticamente los hallazgos en relación con los planteamientos teóricos expuestos por Varela (2019) y otros autores relevantes en el campo de la relación médico-paciente. En primer lugar, el análisis de regresión y el modelo estructural confirmaron que la variable *historicidad* posee una influencia directa y significativa en la calidad de la colaboración diagnóstica, así como en la comunicación entre las partes involucradas. Este hallazgo es consistente con la crítica realizada a Varela (2019), quien si bien reconoce la importancia de variables intermedias en la relación médico-paciente, como los saberes y creencias, reduce las asimetrías estructurales a conflictos de orden comunicativo que denomina “transculturalidad”.

En contraposición, los resultados aquí presentados evidencian que una perspectiva centrada en la *historicidad* —entendida como el reconocimiento de la trayectoria social, institucional y epistémica de los actores— es más eficaz para explicar y modelar las condiciones de colaboración en el contexto clínico. Esta posición se alinea con estudios que subrayan el carácter estructuralmente desigual de la relación médico-paciente, en tanto los saberes institucionalizados tienden a invisibilizar o deslegitimar los conocimientos populares o experienciales de los pacientes (Foucault, 1963; Menéndez, 2009).

Asimismo, la correlación negativa entre *transculturalidad* y colaboración diagnóstica sugiere que el enfoque centrado en las diferencias culturales superficiales —tales como lenguaje, símbolos o costumbres— resulta insuficiente para promover la deliberación clínica. Este resultado contradice la visión propuesta por Varela (2019), quien plantea que el malentendido comunicativo puede ser resuelto mediante la comprensión de estas diferencias culturales, sin atender a las desigualdades históricas que les dan origen. En cambio, autores como Kleinman y Benson (2006) advierten que una aproximación meramente culturalista tiende a esencializar las identidades y a reproducir estereotipos, lo que en lugar de facilitar el entendimiento puede agravar la incompreensión clínica.

Otro punto relevante en la discusión lo constituye la fuerte relación identificada entre *historicidad* y *comunicación médico-paciente*. Este resultado sugiere que cuando las partes reconocen sus trayectorias históricas y los contextos de poder que las atraviesan, se produce una mayor disposición a comunicar no solo síntomas, sino también interpretaciones, dudas y decisiones. Esta evidencia apoya lo propuesto por Freidson (1970), quien argumentó que el saber médico se legitima socialmente en tanto se articula como un discurso autorizado, pero puede ser reformulado mediante procesos de negociación con otros saberes no hegemónicos. En ese sentido, el reconocimiento de asimetrías históricas no sólo fortalece la relación clínica, sino que abre la posibilidad a un diálogo epistémico más horizontal.

Además, los hallazgos de este estudio coinciden con investigaciones que han demostrado cómo la comunicación efectiva en contextos clínicos depende menos de la afinidad cultural y más de las condiciones institucionales que promueven o restringen el ejercicio de la autonomía del paciente (Charles, Gafni y Whelan, 1997). De ahí que el hallazgo de una asociación significativa entre *comunicación* y *colaboración diagnóstica* en el modelo estructural no puede interpretarse como un simple resultado de comprensión lingüística o empatía cultural, sino como parte de un entramado más amplio de relaciones de poder, saber y reconocimiento mutuo.

Finalmente, la robustez psicométrica del instrumento desarrollado —respaldada por los altos índices de fiabilidad, validez y ajuste estructural— refuerza la viabilidad de operacionalizar constructos como la historicidad clínica y la colaboración epistémica en investigaciones posteriores. Esta propuesta teórica, empíricamente sustentada, ofrece una alternativa crítica y complementaria al modelo transcultural tradicional, al integrar el análisis histórico-institucional con la medición de procesos intersubjetivos como el diagnóstico compartido.

En conclusión, la discusión de los resultados permite sostener que el reconocimiento de las asimetrías históricas en la relación médico-paciente constituye una vía más fértil para la transformación de las prácticas clínicas que la mera identificación de diferencias culturales. Este enfoque no sólo amplía el campo de análisis teórico, sino que ofrece herramientas prácticas para avanzar hacia una medicina más deliberativa, participativa y socialmente justa.

5. CONCLUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio permitieron confirmar la hipótesis de que la historicidad, entendida como el reconocimiento de las asimetrías estructurales e históricas en la relación médico-paciente, influye significativamente en la calidad de la colaboración diagnóstica y la comunicación clínica. A diferencia del enfoque transcultural que reduce los conflictos clínicos a diferencias culturales superficiales, la perspectiva histórica ofreció una explicación más integral de las tensiones y posibilidades de entendimiento en el contexto médico. La evidencia empírica mostró que cuando médicos y pacientes se involucran desde un marco de deliberación informado por la conciencia histórica, se incrementan las posibilidades de acuerdo, comprensión mutua y corresponsabilidad diagnóstica.

El instrumento construido demostró adecuadas propiedades psicométricas y permitió operacionalizar variables complejas como la colaboración clínica y la asimetría histórica. Asimismo, el modelo de ecuaciones estructurales mostró un ajuste aceptable, lo que refuerza la validez teórica de la propuesta. Estos resultados ofrecen un aporte teórico-metodológico relevante para investigaciones futuras interesadas en explorar las dinámicas de poder, saber y comunicación en la atención médica.

Entre los principales alcances de este estudio se encuentra la integración de una mirada crítica y estructural a la relación médico-paciente, así como la generación de un modelo explicativo validado que puede ser replicado o adaptado a otros contextos clínicos o institucionales. Además, se ofrece un marco empírico que permite repensar las prácticas de atención desde una lógica más participativa y horizontal.

No obstante, el estudio también presentó ciertos límites. En primer lugar, la muestra estuvo restringida a un entorno geográfico y cultural específico, lo cual limita la generalización de los hallazgos.

En segundo lugar, el uso de autoinformes puede haber estado sujeto a sesgos de discapacidad social. Por último, aunque el modelo estructural mostró buen ajuste, futuros estudios longitudinales permitirían explorar de manera más precisa la direccionalidad causal entre las variables analizadas.

Se recomienda ampliar la muestra en investigaciones futuras, incorporando poblaciones clínicas diversas y contextos institucionales diferenciados, así como complementar los datos cuantitativos con metodologías cualitativas que profundicen en los procesos de interpretación, negociación y conflicto en la práctica clínica. También se sugiere integrar tecnologías como la inteligencia artificial para facilitar la deliberación diagnóstica, bajo marcos éticos que reconozcan las diferencias estructurales sin reducirlas a simples desajustes comunicativos. Finalmente, se alienta a los profesionales de la salud a incorporar una formación crítica en torno a los factores históricos y sociales que median su práctica, como vía para construir una medicina más reflexiva, inclusiva y justa.

6. REFERENCIAS

- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Fassin, D. (2001). *Une double peine. La condition sociale des immigrés malades. L'Homme*, 160, 137-162.
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead.
- Haskard-Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4.ª ed.). McGraw-Hill.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Martínez Heredia, F. (2016). *La historicidad como categoría crítica en las ciencias sociales*. CLACSO.
- McKinlay, J. B., Marceau, L. D., & Piccolo, R. J. (2002). Health status, health behavior, and medical care: insights from a study of the working poor. *Social Science & Medicine*, 54(6), 849-860. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00120-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00120-6)
- Menéndez, E. L. (2009). *El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. Basic Books.
- Varela, F. (2019). *Transculturalidad y clínica médica: más allá del entendimiento*. Editorial Médica Crítica.
- Varela, M. (2019). La relación médico paciente y algunos aspectos transculturales de salud y enfermedad. *Revista Chilena de Reumatología*, 35(1), 7-14.