

# La medicina narrativa y la epistemología crítica en la formación médica

Alain R. Rodríguez-Orozco 

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México

## Resumen

*Una pedagogía que incluya elementos de medicina narrativa y epistemología crítica puede contribuir a la formación de médicos más críticos. Este ensayo tiene por objetivo discutir cómo una pedagogía que incorpore conocimientos de medicina narrativa y epistemología crítica puede contribuir a la formación de médicos más críticos y reflexivos con su práctica, comprometidos con un ejercicio más ético de la medicina. Estos saberes pudieran ayudar a rescatar la humanización del acto médico y a desarrollar las capacidades y habilidades para la interacción social de los médicos con sus pares y con la sociedad.*

**PALABRAS CLAVE:** Medicina narrativa. Epistemología crítica. Crítica. Cultura. Educación médica.

## Narrative medicine and critical epistemology in medical training

### Abstract

*A pedagogy that includes elements of narrative medicine and critical epistemology can contribute to the training of more critical physicians. This essay aimed to analyze how a pedagogy that incorporates knowledge of narrative medicine and critical epistemology can contribute to the training of physicians who are more critical and reflective of their practice, committed to a more ethical medical practice. This knowledge could help restore the humanization of medical practice and develop the physician's capabilities and skills for social interaction with his or her peers and with society.*

**KEYWORDS:** Narrative medicine. Critical epistemology. Criticism. Culture. Medical education.

### Correspondencia:

Alain R. Rodríguez-Orozco

E-mail: [alain.rodriguez@umich.mx](mailto:alain.rodriguez@umich.mx)

Fecha de recepción: 22-02-2025

Fecha de aceptación: 10-07-2025

DOI: [10.24875/GMM.25000073](https://doi.org/10.24875/GMM.25000073)

Gac Med Mex. 2025;161:685-690

Disponible en PubMed

[www.gacetamedicademexico.com](http://www.gacetamedicademexico.com)

0016-3813/© 2025 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La medicina narrativa y la epistemología crítica contribuyen a humanizar la práctica clínica y a propiciar tolerancia y respeto por los enfermos y por sus comunidades de origen, permiten establecer un diálogo entre las formas occidentalizadas y las no hegemónicas de generar conocimiento en medicina, y también ayudan a reposicionar el papel social del médico como actor social. Este ensayo tiene por objetivo discutir cómo una pedagogía que incorpore conocimientos de medicina narrativa y epistemología crítica puede contribuir a la formación de médicos más críticos y reflexivos con su práctica, comprometidos con un ejercicio más ético de la medicina.

### La medicina narrativa como herramienta para el desarrollo de la crítica reflexiva con la práctica médica

La medicina narrativa, en su doble carácter clínico y pedagógico, permite el entrenamiento de los profesionales de la salud para mejorar las competencias clínicas en comunicación y a la vez respetar los relatos de los pacientes, mejorando la calidad y el ejercicio ético de la medicina. En esta disciplina se han desarrollado teorías narrativas y fenomenológicas que promueven el activismo social con el uso de textos que permiten identificarse con el sufrimiento de los enfermos y desarrollar la empatía. Su objetivo es humanizar la práctica clínica y robustecer la relación médico-paciente.<sup>1</sup>

El uso adecuado de la medicina narrativa permite interpretar las historias de los pacientes, y para esto es necesario adiestrar la capacidad de escuchar e interpretar sus historias, en sus propios contextos,<sup>2</sup> y entrenar las competencias en comunicación de los médicos en formación, para interpretar estas historias.

Los problemas de la práctica médica con frecuencia representan situaciones complejas y desordenadas que requieren que el planteamiento del problema que genera la atención sea entendido por ambas partes (médico y paciente). Entonces, es necesario comprender ontológicamente al enfermo y sus condiciones de vida, y el médico debe ser capaz de improvisar continuamente métodos y estrategias para abordar cada caso clínico particular.<sup>3</sup>

Vivir enfermo representa un reto constante para cualquiera, y la experiencia de la enfermedad ha sido

continuamente desaprovechada por los médicos, quienes no hemos sabido, bajo el consentimiento del paciente, acudir a sus demandas de apoyo y explorar la historia de sus sufrimientos, de su enfermedad, de sus recursos para enfrentarla, de las condiciones que han propiciado su instauración y perpetuidad. Además, para desgracia de ambos (pacientes y médicos), tampoco hemos aprendido a vivir las alegrías y las tristezas de los enfermos, a penetrar en sus almas e identificar sus implícitos.<sup>4</sup>

La práctica de la medicina se caracteriza por enfrentar situaciones de incertidumbre, en las que debemos reconocer las limitaciones de la racionalidad técnica; por tanto, la capacidad para ofrecer y oír relatos, e interpretarlos al compás de la cultura, es una necesidad en la formación médica que debe atenderse entre las competencias clínicas de comunicación. La investigación biomédica también requiere el desarrollo de habilidades narrativas;<sup>5,6</sup> incluso cuando se trata de interpretar aspectos estadísticos, se requiere estructurar relatos para explicar los datos. Ofrecer e interpretar relatos requiere entrenar al médico para entender metáforas culturales, lo cual repercute favorablemente en mejorar la calidad de las interacciones con los pacientes y sus familias, y propiciar una atmósfera que permita una comunicación eficiente.

La complejidad del lenguaje médico con frecuencia crea una barrera para su comprensión por el paciente, que limita la eficacia del acto médico y puede profundizar la angustia que causa la enfermedad. A esta situación se añaden barreras que entorpecen la eficacia de la comunicación, como la poca disponibilidad de tiempo por el médico, la presión institucional a la que continuamente el médico está sometido, la mercantilización de los servicios de salud, la influencia en la práctica médica de los intereses de instituciones de salud y de seguros médicos, y el poco interés de los médicos en continuar su formación en humanidades una vez que egresan de las escuelas y facultades de medicina.

Desde hace más de dos décadas, la medicina del siglo xx ha sido objeto de continuas críticas por el proceso de deshumanización en que ha estado inmersa debido a factores como la supremacía del modelo biomédico de atención de salud, que se ha alejado de la interpretación del hombre como sujeto moral con derechos, contextualizado e históricamente determinado. Los lineamientos de trabajo se han enfocado a los resultados físicos en la salud del paciente y no al proceso de atención médica (aspecto interrelacional).

El sistema de atención y la economía del mercado de la salud reciben más atención que la salud misma. De tal suerte, el médico ha devenido en guardián del sistema de salud y de su propia economía, y persiste una poca preocupación por generar directrices en torno a la calidad de la comunicación médico-paciente. Los alumnos de medicina deben involucrarse más en un aprendizaje que conduzca a la reflexión sobre la salud y el bienestar, y también sobre el sufrimiento y la calidad de la existencia humana. Los aspectos humanísticos en la formación de los médicos y en el ejercicio cotidiano de la medicina se han ido diluyendo cuanto más se ha tecnificado la atención a la salud, tanto en el ámbito público como en el privado.<sup>7</sup>

Para ayudar al paciente a resignificar aspectos importantes sobre la enfermedad es necesario interpretar las narraciones de sus experiencias de vida y entender la apropiación que ha hecho de metáforas culturalmente condicionadas. Bruner, citado por Carrió,<sup>6</sup> refiere que negociar y renegociar significados a través de explicaciones narrativas es un destacado logro del desarrollo humano en los sentidos ontogénico y cultural. La narración que hace el paciente, a diferencia de la exposición racional, objetiva y científica, suele estar cargada de significados inmersos en sus experiencias socioculturales.<sup>8,9</sup> Así, por ejemplo, analizar los relatos de varios miembros de la familia sobre un mismo evento ayuda a contrastar sus puntos de vista y a explorar la estructura y el funcionamiento familiar desde la terapia familiar sistémica y desde la medicina familiar.<sup>8,9</sup>

Las metáforas impregnan nuestro lenguaje y nuestro pensamiento, constituyen recursos importantes para la comprensión y además son culturalmente condicionadas. Para Lakoff y Johnson, referido por Carrió,<sup>5</sup> nuestro sistema conceptual convencional es metafórico y algunas de estas metáforas están tan arraigadas en la cultura que parecen descripciones directas y autoevidentes. Así, la metáfora, ampliamente usada como recurso poético y de la oratoria, no solo concreta el mensaje, sino que configura su comprensión. En las metáforas hay también un aspecto oculto, susceptible de análisis transcultural. Estos autores sostienen que los conceptos metafóricos más importantes de una cultura dependen de los valores más importantes de esta, y acuñan el término «fundamento experiencial de las metáforas» porque existen metáforas distintas sobre un mismo contenido surgidas de experiencias distintas.<sup>5</sup>

Incluso en la escritura científica hay que tener cuidado en la redacción y la interpretación de metáforas, porque ello puede contribuir tanto a la legitimación como a la deslegitimación del discurso. Lizcaíno, referido por Carrió<sup>5</sup>, discute como ejemplo la existencia de estudios sociales que analizan paradigmas de la ciencia como metáforas que los científicos reelaboran y «disecan» para luego publicar como simple descubrimiento, limpio y puro, de la realidad, porque la metáfora, además de organizar los contenidos del saber científico y los modos en que se percibe o construye el conocimiento, también organiza la imagen con la que los científicos presentan los resultados de su trabajo.

Antes de proponer actividades pedagógicas basadas en medicina narrativa es conveniente evaluar las competencias comunicativas en el grupo<sup>10-12</sup>, y una de las más robustas maneras de hacerlo es mediante un examen clínico objetivo estructurado<sup>13</sup> que permita identificar áreas de trabajo en las clases. Por ejemplo, sería conveniente identificar en nuestros estudiantes la facilidad y la disposición para trabajar en grupo, la comodidad para crear un clima de cooperación e inclusión, figuras de liderazgo con las que el profesor pueda trabajar como aliados, patrones adaptativos para enfrentar la adversidad y desarrollar resiliencia, habilidades para el desarrollo de empatía y tolerancia, y para generar acciones orientadas al bienestar común, y también para establecer una comunicación asertiva en los ambientes clínicos de aprendizaje. Resulta igualmente muy valioso evaluar las habilidades de comunicación inter- e intrapersonales. Las actividades que promueven un pensamiento reflexivo y propician la creatividad suelen ser mejores que aquellas estrategias pasivas centradas en el profesor con el fin de mejorar las competencias clínicas en comunicación;<sup>14</sup> la elección de estas actividades podrá hacerse de acuerdo con el tipo específico de competencia comunicativa que se quiera desarrollar. Algunas de las actividades basadas en medicina narrativa con las que he tenido satisfactorias experiencias se exponen en la tabla 1.

Una pedagogía que se nutra de recursos de la epistemología crítica puede ayudar a formar médicos más activos como actores sociales. La epistemología crítica supone la construcción del conocimiento a partir de la recuperación de las perspectivas históricas de múltiples sujetos subalternos, en oposición a los paradigmas neoliberales impuestos por Occidente.<sup>15</sup> Esta vertiente epistemológica ha considerado que para entender nuestras sociedades es necesario discutir el término «colonialidad del saber». Así, se consideró que parte de la crisis

**Tabla 1. Intervenciones educativas basadas en la medicina narrativa**

Lectura y discusión de textos autobiográficos cortos sobre médicos cuando se aborden los contenidos de materias relacionadas con sus descubrimientos
Análisis de fragmentos de películas sobre temas médicos e invitar a los estudiantes a representar distintos desenlaces de la historia mostrada en la película; pueden usarse técnicas de psicodrama
Discusión sobre las conductas y las emociones que transmiten los personajes en una película
Invitar a los estudiantes a narrar las experiencias sobre cómo lograron mejorar la comunicación con un paciente que se resistía a establecer una buena comunicación
Crear grupos de análisis de experiencias clínicas que durante la rotación clínica se reúnan para criticar los recursos empleados para la comunicación con los pacientes
Presentar en los escenarios clínicos de aprendizaje situaciones para analizar la interacción del enfermo con su familia y con el equipo de salud. Por ejemplo, un miembro de la familia padece una enfermedad crónica y requiere cuidados especiales (oxígeno suplementario, estado de postración, estado de vigilia sin respuesta o coma, estadio avanzado de insuficiencia renal o hepática, insuficiencia respiratoria grave). Puede motivarse el pensamiento reflexivo para proponer recursos familiares que desde la perspectiva psicológica puede usar la familia con el fin de enfrentar esta crisis paranormativa y propiciar la resiliencia
Promover la escritura creativa a través de la interpretación que los alumnos hacen de obras de arte en las que se representa a un enfermo
Discutir cómo los estudiantes se han involucrado con las narrativas de sufrimiento de los enfermos y con sus necesidades insatisfechas para recibir una atención médica de calidad (inequidad, pobre acceso a la terapia y a medios de diagnóstico, estado de depresión que dificulta hacerse responsable del tratamiento, discriminación, maltrato institucional)
Entrenar la escucha activa y la empatía con recursos audiovisuales, seguido de reflexión crítica
Reconocer el procesamiento de emociones a través de la interpretación de textos literarios y formatos audiovisuales; por ejemplo, en anamnesis grabadas
Evaluar la calidad del autocuidado y el equilibrio emocional a través de reflexiones sobre lo escrito en diarios del alumno o en comentarios sobre las experiencias de vida de los estudiantes durante las rotaciones clínicas. Esto contribuirá a disminuir la carga laboral y el riesgo de desarrollar <i>burnout</i> y otros trastornos mentales
Fortalecer la humanización de la medicina a través del fomento al respeto al paciente y sus tradiciones, y facilitar la comprensión de los puntos de vista que ofrece el paciente para poder entender sus vivencias y cómo ha elaborado los constructos salud-enfermedad. Puede usarse como recurso la crítica entre pares cuando uno de los compañeros, con un instrumento elaborado para la ocasión, evalúa la calidad de la atención médica brindada por el compañero

en que estaba inmerso el pensamiento social de regiones distintas de los centros europeos y anglosajones del conocimiento, como Hispanoamérica y Brasil, se propiciaba por «un ángulo de mirada sujeto a lógicas de poder que subordinaban su trabajo a exigencias y coordenadas histórico-epistémicas que no respondían a las demandas de los sujetos que investigaban y a los objetos de estudio que valoraban», y además el análisis de sus nuevas identidades geoculturales quedaba bajo la mirada eurocentrista de sus élites.<sup>15</sup>

La construcción de un pensamiento propio a partir de una mirada epistémica más holística, que responda a las demandas socioculturales concretas de Hispanoamérica y Brasil, es uno de los bienes supremos de la actual epistemología crítica en nuestra región geográfica, y esta mirada está íntimamente vinculada a la tarea de descolonización epistémica.<sup>16</sup>

Uno de los más destacados sociólogos franceses de las últimas décadas, Alain Touraine, a propósito de la crisis económica por la que atravesó Europa de 2008 a 2012, consideró que la impotencia económica, política y cultural del viejo continente en ese tiempo no era consecuencia de la crisis, sino que era su causa general, e invitaba a tomar conciencia y romper el silencio ante una situación que apuntaba hacia el suicidio colectivo, y apostó con esperanza a las demandas de grupos minoritarios, como los colectivos feministas, que defendían la diversidad social y cultural. Touraine fue un conocedor de la realidad hispanoamericana, de la que estudió algunos de sus movimientos sociales. Es destacable que fue el fundador del Centro de Estudios para la Sociología del Trabajo, de la Universidad de Chile, en el año 1956. Expuso Touraine que, en la era de la sociedad del conocimiento, una nueva forma de generar e interpretar el conocimiento,

**Tabla 2. Objetivos y actividades basados en la epistemología crítica que pueden desarrollarse**

Objetivos	Actividades
Evaluar el papel del médico en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Visita a comunidades para conocer sobre el liderazgo del médico y su capacidad para intervenir en los problemas de salud de la comunidad bajo estrategias no convencionales y aprovechando los recursos de la comunidad y sus saberes en materia de salud</li> <li>– Discutir el papel del médico como actor social</li> <li>– Evaluar la capacidad de adaptación del médico en la comunidad y su habilidad para interactuar con líderes de la comunidad para promover acciones de salud</li> <li>– Promover reflexiones sobre la capacidad del médico para comunicar sus puntos de vista a los pacientes y a la comunidad, y evaluar la recepción de sus actividades de salud por la comunidad y si se crea conflicto con las prácticas de salud operantes en la comunidad, como la medicina tradicional, incluyendo prácticas de chamanes y curanderos locales, y cómo el médico puede interactuar con tolerancia y respeto con quienes ejercen esta forma de medicina</li> </ul>
Propiciar el pensamiento crítico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Seminarios para aprender a evaluar la calidad de la evidencia en artículos científicos</li> <li>– Talleres, conferencias y foros de discusión para comparar la forma tradicional hegemónica (modelo biomédico) frente a modelos no convencionales de la medicina comunitaria y la medicina tradicional indígena respecto a alcance, sostenibilidad, enfoque holístico, costo/beneficio y respeto a la integralidad del enfermo</li> </ul>
Propiciar la inclusión y la tolerancia, y desarrollar capacidades y habilidades del médico para brindar apoyo a grupos vulnerables y reconocer el valor de prácticas de la medicina que no se estructuran bajo el modelo biomédico hegemónico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar grupos vulnerables por la discriminación o el abuso de que son objeto y trabajar con ellos los riesgos para la salud, y organizar intervenciones para reconocer y usar los recursos emocionales de que disponen para la sanación y el bienestar</li> <li>– Organizar talleres en los que se exponga la posibilidad de trabajar juntos expertos en alopatía, homeopatía, herbolaria y acupuntura</li> <li>– Discutir en clases cómo la epistemología indígena del buen vivir ha propiciado un respeto a los seres vivos y la conservación de la biodiversidad en las comunidades, a diferencia del intercambio egoísta y la exclusión que sostiene la medicina bajo el modelo capitalista</li> <li>– Dinámicas de grupo sobre la interculturalidad y el necesario diálogo de saberes bajo normas de respeto y reconocimiento entre las partes involucradas</li> </ul>
Crítica el nivel de compromiso del Estado con el bienestar y la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Organizar grupos de trabajo para reflexionar sobre la eficacia de las políticas públicas; por ejemplo, programas de salud pública sobre nutrición y salud en relación con los resultados de los informes de las encuestas nacionales de salud y nutrición en las dos últimas décadas</li> <li>– Reconocer las formas en las que el Estado se ha ido alejando del compromiso social con la salud y ha propiciado la privatización y el deterioro de la calidad de la medicina institucionalizada</li> </ul>
Desarrollar el juicio crítico y la autonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entrenar técnicas para el discurso y la argumentación</li> <li>– Enseñar estrategias para generar y evaluar el autoconocimiento</li> <li>– Aprender el uso de herramientas para desafiar paradigmas dominantes que no se adaptan a la realidad social y que contribuyen al aislamiento del hombre y a la discriminación</li> </ul>
Cuestionar las formas de ejercicio de la medicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Generar textos que evalúen, en la comunidad, las limitaciones del modelo biomédico para el abordaje integral del hombre y cómo este ha contribuido a la inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad</li> <li>– Generar textos con las reflexiones personales sobre la posibilidad de usar modelos alternativos al biomédico, y reconocer las ventajas y desventajas de estos modelos</li> </ul>

más humana y esperanzadora, es la única vía posible para sacar a nuestras sociedades del suicidio colectivo y de la desvalorización del hombre.<sup>17,18</sup>

Es entendible que una nueva pedagogía volcada a una educación que reivindique la esencia de las tradiciones históricas y filosóficas de Hispanoamérica y Brasil, y orientada desde y para nuestras naciones, encuentre en los principios filosóficos de la epistemología crítica el marco teórico para beneficiar la elaboración y la consolidación de conocimientos desde nuestras inestables realidades geoculturales, que no pueden seguirse percibiendo solo desde la óptica eurocentrista.<sup>19</sup>

El desarrollo de competencias sociales basadas en las relaciones humanas y éticas debe proveer al alumno de medicina de herramientas que le permitan el análisis de los problemas de la salud en la región a partir de la identificación de las condicionantes psicosociales de la enfermedad. También debe considerar, por ejemplo, el inequitativo acceso a los servicios de salud de calidad, la mercantilización de la salud, el desentendimiento de los Estados con los problemas de salud y el papel de las comunidades en la aceptación de las acciones de salud pública y de las prácticas de medicina alternativa. Para esto, se requiere un médico con un alto sentido crítico.

A fines del siglo XIX, la medicina social latinoamericana, motivada entre otros por los movimientos sociales indígenas, cuestiona las nociones de salud y bienestar aceptadas por los paradigmas occidentales (Europa y los Estados Unidos de América), y desde entonces ha criticado tanto las políticas públicas internacionales en salud como el papel de las organizaciones de salud global por sus enfoques aislacionistas de herencia positivista. Cuando surge la epistemología indígena del buen vivir como sistema alternativo al hegemónico, la medicina social latinoamericana estableció la necesidad de enfoques integracionistas, en tanto interculturales, para reposicionar el papel de la medicina tradicional en el abordaje de la persona enferma, con un trasfondo ideológico, antropológico y cultural que se apoya en una conexión profunda entre los sistemas vivos y de estos con su hábitat común, la Madre Tierra, para desarrollarse juntos y sobrevivir. Esta apuesta holística que defiende la biodiversidad y el respeto a las identidades culturales de los pueblos de cualquier latitud ha defendido la necesidad de una descolonización epistémica para dar cabida a la inclusión de prácticas de la medicina comunitaria y tradicional, con un valor equivalente a las de la medicina occidental.<sup>20</sup> En la tabla 2 se señalan una serie objetivos y actividades que pueden desarrollarse basándose en la epistemología crítica.

## Conclusiones

Una pedagogía que incluya saberes de la medicina narrativa y la epistemología crítica puede propiciar el desarrollo de competencias clínicas en comunicación en las escuelas y facultades de medicina de México, útiles para formar médicos más críticos con su práctica. Estos saberes pudieran ayudar a rescatar la humanización del acto médico y a desarrollar capacidades y habilidades para la interacción social del médico con sus pares y con la sociedad.

## Financiamiento

Ninguno.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** El autor declara que para esta investigación no se han

realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** El autor declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

## Referencias

1. Charon R. Narrative medicine. En: Crawford P, Kadetz P, editores. Palgrave Encyclopedia of the Health Humanities. Cham: Palgrave Macmillan; 2021. p. 1-11. doi:10.1007/978-3-030-26825-1\_36-1
2. De Cunto C. El valor del relato en la práctica médica. Carlos Felice. Blog personal. 2013. (Consultado el 12-09-2023.) Disponible en: <https://carlosfelice.com.ar/blog/2012/11/el-valor-del-relato-en-la-practica-medica/>.
3. Cuestas E. Medicina narrativa. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2012;69:75-6.
4. Lifshitz A. Medicina, literatura y medicina narrativa. Med Int Mex. 2011;27:105-6.
5. Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. Educ Med. 2006;26:14-8.
6. Carrió S. Medicina narrativa: una estrategia para formar profesionales reflexivos. Conexión Pediátrica. 2008;1. (Consultado el 12-04-2022.) Disponible en: <https://es.scribd.com/document/372365657/Medicina-narrativa-Una-estrategia-para-formar-profesionales-reflexivos-pdf>
7. Ocampo-Martínez J. Las humanidades médicas hacia el siglo XXI. LAB-acta. 1999;11:89-92.
8. Rodríguez-Orozco AR, López-Peñaloza J, Kanán-Cedeño EG, Villalón-Santillán S, Caballero-Díaz P, Medellín-Fontes MM, et al. The family system and the allergic child: notes about the role of the symptoms in family functioning. Rev Alerg Mex. 2009;56:217-22.
9. Rodríguez-Orozco AR, Kanán-Cedeño G, Vázquez-Romero ME, León-Gutiérrez A, Barbosa-Sánchez CE, Tejeda-Cárdenas RG. Organizational and functional profile of the nuclear psychosomatic family with one asthmatic son. Salud Ment. 2008;31:63-8.
10. Makoul G. The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. Patient Educ Couns. 2001;45:23-34.
11. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon, Oxon (UK): Radcliffe Medical Press; 1998.
12. Tapia-Villanueva RM, Núñez-Tapia RM, Syr-Salas-Perea R, Rodríguez-Orozco AR. The undergraduate medical internship and the clinical competences: Mexico in the Latin American context. Educ Med Super. 2007;21(4).
13. Tapia-Villanueva RM, Núñez-Tapia RM, Syr-Salas-Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El examen clínico objetivo estructurado como herramienta para la evaluación de competencias clínicas del internado de pregrado. Educ Med Super. 2008;22(1).
14. Vieyra-López ME, Ruiz-García J, Roa-Sánchez V, Rodríguez-Orozco AR. El desarrollo de aptitudes clínicas en temas de familia por internos de pregrado está influenciado por el tipo de estrategia educativa empleada. Cadenas de Atención Primaria. 2013;19:153-4.
15. Elías CG, Carranza GR. Epistemología crítica. Itinerario Educativo. 2012;26:15-29.
16. Prada R. Epistemología, pluralismo y descolonización. Seminario sobre Epistemología(s) Pluralista(s) y Descolonización. Cochabamba: FUNPROIEIB, SAIH y FHCE-UMSS; 2012. (Consultado el 18-09-2024.) Disponible en: <https://www.reduii.org/cii/sites/default/files/field/doc/Epistemologia-Pluralismo-descolonizacion%20R%20Prada.pdf>.
17. Touraine A. (Consultado el 18-09-2024.) Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Alain\\_Touraine](http://es.wikipedia.org/wiki/Alain_Touraine).
18. Touraine A. La crisis dentro de la crisis. El País, 26 de septiembre de 2010. (Consultado el 18-09-2024.) Disponible en: [https://elpais.com/diario/2010/09/26/opinion/1285452013\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2010/09/26/opinion/1285452013_850215.html).
19. Rodríguez-Orozco AR. Could reconstructive post-colonial criticism and critical epistemology contribute to forming a more critical doctor in Latin America? Cir Cir. 2024;92:285. doi:10.24875/CIRU.22000322.
20. Laurens V, Abadía-Barrero C. Decolonizing global health: a critical perspective from Latin America. En: The Routledge Handbook on Anthropology and Global Health. London: Routledge, Taylor & Francis; 2024. p 139-153; p. 293-307